

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N^o

500

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi, 21 Juillet 1896, à 1 heure.

PAR

M. ARMAND LÉVY

DU

TRAITEMENT DES TUBERCULOSES LOCALES

en général

ET

DE LA COXALGIE FISTULEUSE

en particulier.

Président : M. DEBOVE, Professeur.

*Juges : MM. { HUTINEL, Professeur.
MARIE, LETULLE, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

Imprimerie et Librairie de Ch. NOBLET et Fils

13, RUE CUJAS, 13

1896

1006

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N° —

300

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi, 21 Juillet 1896, à 1 heure.

PAR

M. ARMAND LÉVY

DU

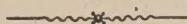
TRAITEMENT DES TUBERCULOSES LOCALES

en général

ET

DE LA COXALGIE FISTULEUSE

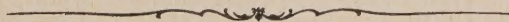
en particulier.



Président : M. DEBOVE, Professeur.

*Juges : MM. { HUTINEL, Professeur.
MARIE, LETULLE, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

Imprimerie et Librairie de Ch. NOBLET et Fils

13, RUE CUJAS, 13

—
1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale.	{ DIEULAFOY DEBOVE
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.	TERRIER
Pharmacologie	POUCHET
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY
Hygiène.	PROUST
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBÈNE
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS
Clinique médicale	{ G. SÉE POTAIN JACCOUD HAYEM
Maladies des enfants	GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND
Clinique chirurgicale	{ TILLAUX BERGER DUPLAY LE DENTU
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON
Clinique ophtalmologique.	PANAS
Cliniques d'accouchements.	{ TARNIER PINARD

Professeur honoraire :

M. PAJOT

Agrévés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	GAUCHER.	MARIE	THIÉRY
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIÉR	THOINOT
ANDRÉ	GILLES DE LA	NELATON	TUFFIER
BAR	TOURETTE	NETTER	VARNIER.
BONNAIRE	GLEYS	POIRIER, chef des	VILLEJEAN
BROCA	HARTMANN	trav. anatomiques	WALTHER
CHANTEMESSE	HEIM	RETTÉRIER	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RICARD	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	ROGER.	WURTZ
DELBET	MARFAN.	SEBILLEAU	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MADAME LA BARONNE JAMES DE ROTHSCHILD

Hommage respectueux de ma profonde reconnaissance.

A MADAME LA BARONNE HENRI DE ROTHSCHILD



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556005_0010

A MONSIEUR LE DOCTEUR CALOT

Chirurgien de l'hôpital Nathaniel de Rothschild et de l'hôpital
Cazin-Perrochaud.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Membre de l'Académie de Médecine. Médecin de l'Hôpital Beaujon.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MILLARD

Médecin honoraire des hôpitaux.

DU TRAITEMENT
DES TUBERCULOSES LOCALES
EN GÉNÉRAL
ET
DE LA COXALGIE FISTULEUSE
EN PARTICULIER

INTRODUCTION

Un séjour de treize mois à Berck, comme interne de l'hôpital Nathaniel et du dispensaire Henri de Rothschild, nous a permis d'observer un grand nombre d'enfants atteints de manifestations tuberculeuses externes, cutanées, ganglionnaires, osseuses et articulaires.

Nous avons pu suivre l'évolution de ces affections, comparer entre eux les résultats des différents traitements, conservateurs ou non, usités en pareils cas.

De jour en jour, nous avons été frappé davantage de la bénignité relative de lésions que, sur la

foi des traités classiques, nous considérons jusque là comme graves.

Nous emportons de Berck la conviction que la coxalgie en particulier, l'une des plus graves d'entre les tuberculoses locales, n'est pas la terrible maladie qu'on nous a décrite. Quand elle est traitée à temps et rationnellement, la *restitutio ad integrum* n'est pas une exception rarissime, la guérison avec une boiterie à peine sensible est fréquente, la suppuration est plus rare qu'on ne le croit généralement et, en tous cas, aggrave à peine le pronostic; la formation d'une fistule rebelle, quand elle survient au cours du traitement, est très souvent la faute du chirurgien traitant.

Démontrer que les tuberculoses locales ne comportent pas le pronostic fâcheux que la plupart des auteurs leur attribuent, indiquer sommairement le système de traitement dont l'application amène les bons résultats que nous avons pu constater, tel est le but de la première partie de ce travail; dans la seconde, nous nous occuperons exclusivement du traitement de la coxalgie fistuleuse; nous chercherons à montrer que, même arrivée à cet état, la coxo-tuberculose guérit le plus souvent par des moyens simples, et sans qu'on soit forcé d'avoir recours à la résection qui laisse toujours le malade plus ou moins estropié.

Mais avant d'entrer dans le développement de

notre sujet, nous tenons à adresser nos remerciements publics à tous nos maîtres dont les leçons et les conseils nous ont permis de terminer heureusement nos études médicales commencées il y a huit ans.

C'est à Berck, dans le bel hôpital de madame la baronne James de Rothschild, comme interne de M. le docteur Calot, que nous avons passé notre dernière, notre plus agréable et notre plus profitable année d'étudiant. Si nous possédons quelques notions d'orthopédie, si nous avons la conviction intime de pouvoir rendre quelques services quand, au cours de notre carrière, on réclamera nos soins pour un enfant atteint de carie vertébrale ou de tuberculose articulaire, c'est à M. Calot que nous le devons. C'est lui qui nous a proposé le sujet de cette thèse, c'est dans ses hôpitaux (hôpital Rothschild et hôpital Cazin-Perrochaud) qu'ont été puisés tous les éléments y contenus ; ce sont, en grande partie, ses propres idées que nous y exposons.

M. Calot n'a pas seulement été pour nous le maître savant dont les leçons quotidiennes, riches en aperçus originaux, nous ont charmé autant qu'instruit ; il nous a donné, à maintes reprises, des preuves de sa sympathie et de son bienveillant intérêt ; nous voudrions pouvoir lui montrer, autrement que par des paroles, combien nous lui sommes profondément reconnaissant.

M. le docteur Millard a été notre premier maître. C'est lui qui nous a accueilli, avec sa bienveillance habituelle, le jour où nous avons pénétré pour la première fois dans une salle d'hôpital. Il a bien voulu nous permettre de retourner dans son service comme externe. C'est à son enseignement que nous devons une grande partie de nos connaissances médicales. Combien nous regrettons aujourd'hui de ne plus pouvoir profiter de ses leçons !

Que notre cher maître veuille bien recevoir ici ce faible hommage de notre profonde gratitude pour toutes les marques de bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner et qu'il voudra bien nous continuer encore.

Nous avons passé une année auprès de M. le professeur Debove; c'est lui qui nous a enseigné la pathologie du système nerveux et la pathologie générale; nous n'oublierons jamais ses leçons prodiguées tous les matins sous forme de simples causeries. Savoir être utile autant qu'agréable, tel est le secret qui attache si profondément à M. le professeur Debove tous ceux qui ont eu l'honneur d'être ses élèves.

Qu'il veuille bien agréer l'assurance de notre éternelle reconnaissance pour la nouvelle preuve de bienveillance qu'il vient de nous donner en nous faisant l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Que M. le docteur Robin, dont nous avons été l'externe pendant une année, à la Pitié, veuille bien recevoir l'expression de notre profonde gratitude pour la grande sympathie qu'il nous a toujours témoignée.

Nous remercions aussi vivement MM. les docteurs L. Labbé, Michaux et Lejars qui nous ont enseigné la chirurgie et ont toujours été pour nous pleins de bonté.

Nous avons appris l'obstétrique chez M. le docteur Ribemont-Dessaignes, à l'hôpital Beaujon, et nous adressons à notre maître nos plus sincères remerciements pour l'initiative qu'il nous a laissé prendre dans son service, sous sa bienveillante surveillance, et pour l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné.

Nous avons passé une année à Bicêtre comme interne provisoire de M. le docteur Charpentier, à qui nous devons les quelques notions que nous possédons sur les maladies mentales ; ses bienveillants conseils ne nous ont jamais fait défaut ; nous lui en serons toujours reconnaissant.

C'est M. le docteur Moizard qui nous a enseigné la médecine infantile ; nous lui garderons une très vive gratitude pour la grande bienveillance avec laquelle il a bien voulu toujours nous traiter.

Que MM. les docteurs Josias, Chaslin, Kalt et Baillet, dont nous avons été successivement l'élève,

veuillent bien accepter aussi nos sincères remerciements.

Enfin nous remercions vivement notre excellent ami Charles Lévi, interne des hôpitaux, et M. le docteur Pierre, de Berck, pour les examens bactériologiques qu'ils ont si complaisamment faits pour nous, ainsi que notre cher ami et collègue Decherf, pour les nombreuses observations qu'il a eu l'extrême obligeance de nous remettre.

DU TRAITEMENT DES TUBERCULOSES LOCALES EN GÉNÉRAL

Peu d'affections ont suscité autant de traitements différents que le groupe des tuberculoses externes désignées par Friedlander sous le nom de tuberculoses locales.

Cette gomme, cette arthrite est une manifestation d'une infection générale, disent les uns; il faut modifier le terrain, et la gomme disparaîtra par cela même, sans qu'on soit obligé de s'en occuper directement.

Il faut enlever incontinent le ganglion, la partie osseuse malade, répondent les autres; sans cela la tuberculose, localisée pour un instant, ne tardera pas à envahir toute l'économie.

Entre ces deux méthodes extrêmes, il y a place pour de nombreux traitements intermédiaires.

Depuis vingt à vingt-cinq ans, c'est le système des opérations radicales qui a prévalu; c'est lui cependant qui a fourni les plus mauvais résultats. Combien y a-t-il de coxalgiques qu'une résection a

rendus infirmes pour le reste de leurs jours, alors qu'ils auraient souvent pu guérir par des moyens moins radicaux, et cela avec un résultat orthopédique tout autre ?

Que de tuberculoses aiguës, que de manifestations viscérales rapidement mortelles dues au couteau du chirurgien le mieux intentionné !

Comment est-on arrivé à cette méthode thérapeutique ? Nous croyons qu'il faut en chercher la raison dans une application excessive et quelquefois erronée des découvertes bactériologiques. Les interventions pour tuberculoses locales ne se sont-elles pas multipliées à mesure que le domaine de la bactériologie s'est étendu, et que l'antiseptie, produit direct des études microbiologiques, s'est généralisée davantage ?

Après que Villemin, Hippolyte Martin, R. Koch eurent établi, par des preuves irréfutables, la nature infectieuse et virulente de la tuberculose, quand Kœster et Cornil eurent décelé le bacille de Koch dans les fongosités des tumeurs blanches, quand on sut qu'il suffisait d'inoculer à un cobaye un peu de matière tuberculeuse pour produire d'abord un tubercule local, puis une tuberculose généralisée, le pronostic de la bacillose s'aggrava sans doute tout à coup aux yeux des médecins. Dès lors, le danger de cette affection ne paraît plus résulter de l'importance physiologique de l'organe frappé.

par le bacille, mais du fait même de la présence du microbe. On est persuadé que l'infection se fait chez l'homme comme elle se produit chez le lapin à qui l'on vient d'inoculer de la matière caséuse. La présence du bacille dans un point quelconque du corps humain est considérée comme un danger pressant pour l'organisme.

C'est dans cet esprit que Lannelongue, étudiant le mode de progression de l'abcès froid, crée le mot de tuberculome pour bien montrer qu'il s'agit là d'un néoplasme. Ce néoplasme, dit-on, ne tardera pas à gagner en étendue si on n'intervient pas rapidement; on le compare à un cancer ou à une pustule maligne. Le mot d'ordre est alors d'enlever sans retard et partout où elle peut être atteinte, toute lésion bacillaire. On ne se contente pas de couper les parties malades, on taille largement dans les tissus sains pour être bien sûr de ne rien laisser de suspect.

Voit-on apparaître, par exemple, quelque ganglion tuberculeux dans une région, vite on s'arme du bistouri et pour quel résultat? Une cicatrice dans les cas les plus heureux, une récurrence plus ou moins rapide, l'apparition d'autres manifestations tuberculeuses externes et internes dans des cas nullement exceptionnels. Un début de coxalgie est-il soupçonné, aussitôt quelques résécomanes allemands enlèvent col et tête fémorales, et comme il n'est

pas rare de voir la maladie continuer à évoluer, on croit n'avoir pas assez fait et l'on recommence une nouvelle intervention plus radicale.

Disons, à l'honneur des chirurgiens français, qu'à quelques rares exceptions près, leur bon sens clinique les a préservés, dès le début, de pareils excès. Verneuil et ses élèves n'ont cessé de protester et de montrer le danger.

Les résultats de l'intervention à outrance furent donc déplorables alors que, d'après les idées théoriques des chirurgiens, ils devaient être parfaits.

La raison, c'est que la tuberculose, et la tuberculose locale externe en particulier, est loin d'avoir la gravité qu'ils lui supposaient; non seulement elle ne progresse pas forcément localement, mais encore elle ne demande le plus souvent qu'à guérir spontanément, pour peu que l'organisme soit placé dans de bonnes conditions. Elle n'infecte l'économie que rarement, et cela surtout dans les cas où l'individu, grâce à un état général déplorable, devient une proie facile au bacille. Les grandes interventions sanglantes, déprimant forcément l'économie, sont donc dangereuses par cela même.

Non ! l'évolution de la tuberculose n'est pas celle du cancer. Vu la fréquence des manifestations tuberculeuses, l'existence du genre humain à elle seule en est déjà une preuve. D'ailleurs, la clinique

est là pour le montrer à qui veut bien ne pas être aveugle.

Quel médecin, de quelque pratique, n'a vu guérir maintes fois des ganglions tuberculeux, des gommès ou quelque lésion osseuse, avec ou sans intervention. Peut-on en dire autant du cancer? La bènignité relative des tuberculoses locales avait tellement frappé les anciens cliniciens que la pensée ne leur était même pas venue qu'il pouvait s'agir là de lésions tuberculeuses; c'est dans le groupe pathologique de la scrofule qu'ils les faisaient rentrer et, pour les faire sortir de ce cadre, il n'a fallu rien moins que la découverte du bacille et les résultats positifs des inoculations. Mais depuis qu'on a su à quoi s'en tenir sur les prétendues lésions scrofuleuses, qu'a-t-on fait? On paraît s'être tenu le raisonnement suivant : puisque ce ganglion, cette tumeur blanche contiennent le bacille Koch, ils sont aussi dangereux que le tubercule expérimental du lapin; la lésion qu'on voit évoluer jusque là d'une façon assez bènigne, on la croit bien plus grave le jour où l'on y découvre un élément considéré comme dangereux de par l'expérimentation. C'était attribuer une importance démesurée au bacille. La clinique, ici comme partout en pathologie, doit avoir le pas sur les recherches de laboratoire. Or, la clinique nous apprend la bènignité relative des tuberculoses locales.

Une autre raison qui a sans doute contribué à assombrir le pronostic des tuberculoses locales, c'est l'analogie qu'on a dû établir entre elles et la phthisie pulmonaire. Mais, là encore, on a commis une erreur de raisonnement. Parce qu'on découvre, dans les fongosités de la tumeur blanche, le bacille spécifique que Koch a trouvé dans le poumon, parce que l'inoculation au lapin d'une fongosité coxalgique, comme celle d'une parcelle caséuse du poumon, donnent également naissance à la tuberculose expérimentale, ces deux affections présenteraient, par cela seul, la même gravité ? Mais alors la tuberculose méningée ne serait pas plus à redouter que celle du poumon, une fracture du crâne pas plus que celle du péroné.

Enfin, les interventionnistes ont surtout allégué, pour expliquer leur conduite, la crainte d'une généralisation rapide aux viscères et en particulier aux poumons, mais cette crainte est exagérée. Certes, nous ne nions pas que cette infection secondaire puisse se produire; nous savons, au contraire, qu'elle a lieu de temps à autre, mais nous croyons qu'elle survient surtout chez les individus affaiblis. Si nous avions des statistiques comparatives montrant la fréquence de la phthisie, de la méningite, d'une part chez les individus porteurs déjà de quelque localisation tuberculeuse externe, d'autre part chez ceux indemnes de toute lésion de ce genre,

nous serions surpris de ne pas voir les chiffres confirmer cette opinion. Ce fait paraît tellement vrai que plusieurs auteurs, et en particulier M. Marfan, ont pu soutenir la rareté de l'infection viscérale chez les individus porteurs déjà d'une tuberculose locale.

Pendant notre séjour à Berck, nous n'avons observé, dans notre service, qu'un seul exemple de cette infection ; il s'agissait d'une broncho-pneumonie bacillaire survenue chez un petit pottique dorsal ; encore, la déformation extrême de son thorax doit-elle probablement être incriminée autant que la lésion vertébrale et une spina ventosa qui paraissaient guéries depuis quelques mois. Bien au contraire, ce reproche peut et doit être adressé aux interventionnistes. Verneuil et ses élèves n'ont cessé de le proclamer et de le prouver documents en mains ; mais leurs affirmations ont toujours été contestées par la majorité des chirurgiens, et cela pour plusieurs raisons.

Et d'abord la méningite, la phthisie n'éclatent souvent qu'après la guérison de la plaie opératoire, alors que fréquemment le chirurgien a perdu de vue depuis longtemps son petit malade qu'il croit complètement guéri.

Quand, par hasard, la complication éclate quelques jours seulement après l'opération, le chirurgien a tendance à l'attribuer à la marche naturelle

de la maladie, à une coïncidence fâcheuse bien plus qu'à son intervention, persuadé qu'il est que ces généralisations sont fréquentes quand on laisse évoluer la lésion sans intervenir; il raisonne comme le font Cazin, M. Vincent et d'autres à propos de la résection dans la coxalgie; ils soutiennent que si leurs statistiques montrent une mortalité opératoire et post-opératoire de 50 à 70 pour 100, il ne faut pas dire que la résection a tué 50 à 70 pour 100 des malades, mais qu'elle en a sauvé 30 à 50 pour 100 qui seraient morts sans l'intervention.

Nous avons personnellement connaissance de plusieurs cas d'infections viscérales survenues à la suite d'interventions même minimales; nous en avons trouvé un grand nombre d'incontestables dans les études cliniques sur la tuberculose, de Verneuil et de ses élèves; en parcourant les observations des auteurs qui ont traité des lésions tuberculeuses, on pourrait en rassembler des centaines de cas. Prenons au hasard :

Voici un coxalgique présentant une santé florissante; l'examen le plus minutieux de la poitrine ne révèle rien de suspect; un chirurgien fait le redressement forcé de sa jambe guérie en mauvaise attitude; quelques semaines après éclate une méningite.

Voici un homme bien portant, ne présentant aucune lésion viscérale en dehors d'un sarcocèle tu-

berculeux suppuré depuis plusieurs années; on fait la castration : vingt-cinq jours après, il est pris d'hémoptysie formidable et, à partir de ce moment, une phthisie aiguë se déclare.

Voici un autre malade qui est pris, dix jours après la castration, d'hémoptysie; à partir de ce moment, on voit éclater rapidement une tuberculose pulmonaire, rénale et prostatique.

Chez un autre, également d'excellente santé, on pratique le curettage d'une gomme; il se produit la même infection rapide.

Quand, sans idées préconçues, on a assisté une fois à pareil désastre; quand on a analysé le grand nombre de cas typiques rapportés dans les recueils scientifiques; quand on sait que, grâce aux idées régnantes sur l'innocuité des interventions, un bien plus grand nombre encore n'ont pas eu l'honneur de la publicité, on reste convaincu que Verneuil a prêché la bonne guerre.

Cette vérité clinique tant contestée est-elle donc à tel point en contradiction avec les idées modernes sur la tuberculose? Sommes-nous donc en présence d'un de ces faits qu'on ne peut expliquer avec nos connaissances actuelles? Nullement. On sait que les deux grandes voies que suit le bacille de Koch pour infester l'économie sont les voies lymphatique et sanguine.

Il paraît établi, de par l'expérimentation et la

clinique, qu'aussi longtemps que le germe morbide reste confiné dans le système lymphatique, l'affection reste locale et peut guérir spontanément. C'est parce que les tuberculoses externes qui nous occupent sont, toutes sans exception, comme l'a montré M. Mauclair dans sa thèse, des infections localisées dans le système lymphatique, qu'elles sont peu graves et guérissent en général sans infecter l'économie.

Le bacille, arrivé dans un vaisseau lymphatique, y chemine lentement au milieu des globules blancs qui l'attaquent de tous côtés ; il arrive enfin dans un ganglion où il a une lutte plus terrible encore à soutenir contre les meilleures et les plus nombreuses troupes des phagocytes ; et alors même qu'il triomphe, en sortant il retombe dans un autre ganglion où la bataille recommence de plus belle ; pour peu que l'organisme ne soit pas par trop affaibli, le microbe finit par succomber, par s'enkyster sans avoir franchi la voie lymphatique.

D'autre part, l'expérimentation et la clinique montrent le danger extrême que court l'individu quand le bacille est introduit directement dans le courant sanguin ; l'infection viscérale rapide, la granulie en sont bien souvent la conséquence.

Ces deux faits établis, à savoir : 1° la bénignité relative de la tuberculose localisée dans le système lymphatique ; 2° sa grande gravité quand le ba-

cille a pénétré dans le courant sanguin, rien de plus facile que de nous expliquer les infections secondaires, à la suite des interventions sanglantes. Si, en faisant intervenir la curette et le bistouri au milieu de tissus infectés par le bacille, on ne voit pas plus souvent survenir des accidents graves, c'est que le terrain sur lequel on opère est réfractaire ou qu'on a affaire à des bacilles déjà affaiblis, tués dans leur lutte contre les phagocytes, ou bien c'est pour quelque autre raison encore que nous ignorons, mais à coup sûr, ce qui doit étonner dans ces conditions, ce n'est pas la possibilité de l'infection viscérale, mais le fait que cette complication ne se produise pas plus souvent.

Un autre reproche, non moins important, non moins justifié, qu'on peut adresser à l'intervention, c'est qu'elle ne réussit pas toujours, même au prix de dégâts souvent considérables, à enlever localement le mal. Prenons pour exemple une coxalgie et supposons-nous interventionniste pour un moment; nous sommes persuadé que le meilleur moyen de guérir notre patient est d'enlever sans retard les parties malades. Coupons donc tête et col fémoraux; mais qui nous dit que le trochanter ne présente pas une lésion centrale que nous ne pouvons voir qu'une fois la partie sectionnée? qui nous assure qu'il n'en est pas de même de l'extrémité supérieure de la diaphyse? qui nous garantit qu'il

n'existe pas des granulations dans le canal médullaire, très loin de l'articulation? qui nous affirme qu'il n'existe pas une lésion du côté de la face interne de l'acétabulum, du côté de l'ischion, du pubis? qui oserait prétendre ne pas laisser une parcelle de fongosité dans un des nombreux diverticules? et les chirurgiens les plus entreprenants enlèvent-ils donc tous les ganglions inguinaux qui sont malades dès le début au point que leur engorgement devient un bon signe pour dépister le commencement de la maladie? enlèvent-ils les ganglions iliaques, les ganglions du petit bassin bien souvent intéressés?

La résection la plus large est donc bien souvent une opération tout à fait insuffisante; mais alors, pourquoi la fait-on? Si c'est dans le but de vider un abcès, de drainer l'articulation, une opération beaucoup plus bénigne eût été suffisante; si c'est pour débarrasser l'organisme d'un foyer infectieux, il faut pouvoir aller jusqu'au bout ou ne pas commencer. Il est vrai que certains chirurgiens ont osé aller jusqu'au bout; ils ont enlevé non seulement les vastes abcès du mal de Pott, mais ils se sont attaqués à la source même du mal : aux vertèbres; mais les résultats qu'ils ont obtenus ne sont certes pas encourageants.

La preuve de la difficulté d'enlever toutes les parties malades, mais elle est dans la fréquence

extrême des récidives, dans ce principe admis par presque tous aujourd'hui, à savoir l'impossibilité d'obtenir la réunion par première intention et le conseil donné de ne pas la rechercher.

Il nous reste maintenant à montrer que la tuberculose, à part les cas d'infections aiguës, à part les cas où elle devient dangereuse par l'importance vitale de l'organe frappé, est une maladie bien moins grave qu'on ne le croit. Alors même qu'elle s'est attaquée au poulmon, elle évolue en général silencieusement, et bien des malades guérissent sans s'être jamais doutés de l'hôte qu'ils hébergeaient; le plus souvent, l'affection doit exister depuis bien des années quand le malade s'en trouve incommodé au point de venir consulter. La preuve, c'est la fréquence des tubercules, à toutes les périodes de leur évolution, trouvés à l'autopsie d'individus morts d'une maladie quelconque et n'ayant jamais présenté aucun signe de tuberculose pulmonaire. Suivant M. Brouardel, dans le quart des autopsies faites à la Morgue, on constaterait des tubercules, et il s'agit bien souvent d'individus frappés de mort en pleine santé apparente. La preuve, c'est la guérison fréquente de cette affection, sous l'influence d'un régime hygiénique et réconfortant, alors que le bacille a produit des lésions suffisamment prononcées déjà pour pouvoir être perçues par l'auscultation et la percussion; la preuve encore, c'est

le grand nombre de médicaments réputés spécifiques et ayant à leur actif des guérisons véritables. Nous avons vu guérir nous-même une jeune fille venue à Berck avec des cavernes pulmonaires et un état général des plus mauvais; depuis plusieurs mois déjà elle ne tousse plus et a une mine florissante. Nous pouvons signaler un autre cas encore, à peu près identique : il s'agit d'un jeune homme venu récemment de province à Paris; une nourriture insuffisante, un logement insalubre, des soucis de toutes sortes, c'était plus qu'il ne fallait pour faire éclater, chez ce garçon prédisposé par ses antécédents héréditaires, une phthisie à marche subaiguë; en arrivant à Berck, il pouvait à peine se traîner, toussotait et crachait continuellement; au bout de sept semaines, il avait engraisé de cinq kilos; aujourd'hui, il continue sa convalescence à la campagne, ne tousse plus depuis longtemps, mange de bon appétit, et tout nous fait croire que ses tubercules sont en bonne voie de guérison.

Ces faits nous expliquent comment la tuberculose pulmonaire chronique pouvait être considérée, par les cliniciens prépasteuriens, comme une maladie marastique qu'on disait survenir chez les faibles de naissance, chez les déprimés moralement et matériellement. On commence à revenir en partie à ces idées, et le terrain regagne en importance ce qu'il avait perdu au profit du bacille. Le bacille n'est

certainement pas tout, la preuve c'est qu'on le trouve un peu partout. M. Straus vient de signaler sa présence dans les fosses nasales de beaucoup d'individus en bonne santé, qu'il a eu l'occasion d'examiner. Pizzini prend des parcelles de ganglions chez des individus morts d'une maladie quelconque ou d'accident et, en les inoculant à des lapins, il produit la tuberculose expérimentale dans 40 0/0 des cas. M. Dieulafoy ainsi que M. Pierre, notre prédécesseur à Berck, en inoculant des végétations adénoïdes, produisent souvent la tuberculose.

D'autre part, on est bien forcé d'avouer que, sauf exception, la tuberculose pulmonaire chronique, pour évoluer avec fracas, a besoin d'un organisme affaibli, et c'est là un caractère qui la différencie absolument des vraies maladies infectieuses telles que la gromélie, le charbon, la pneumonie, qui attaquent et tuent aussi bien l'homme robuste que le maladif.

Ces faits sont de la plus haute importance au point de vue thérapeutique; car si nous sommes impuissants à attaquer directement le bacille, nous pouvons beaucoup sur lui indirectement en fortifiant l'organisme, en établissant un terrain où le bacille ne fructifie pas.

Quoi qu'il en soit, la tuberculose pulmonaire chronique ne devient grave chez l'individu placé dans de bonnes conditions, que le jour où des tuber-

cules caséifiés s'étant vidés dans les bronches, il s'est produit des cavernes qui, en communication avec l'air extérieur, ne tardent pas à être envahies par les microbes pyogènes. C'est alors seulement que la phthisie proprement dite se déclare; mais elle est due aux infections secondaires et non au bacille de Koch. Ajoutons que si la tuberculose pulmonaire peut emporter le malade par suite de complications, congestion, pleurésie, pneumo-thorax, c'est le siège des tubercules, et non le bacille spécifique qu'il faut incriminer.

Quant aux tuberculoses locales, qui, seules, nous occupent ici, elles sont moins graves encore. Soignées dès le début, elles guérissent dans la majorité des cas par des moyens extrêmement simples : repos, immobilisation bien faite, injections de liquides modificateurs au sein des tissus malades.

Cette gravité clinique moindre concorde parfaitement avec ce que nous enseigne la bactériologie; celle-ci nous apprend qu'il est difficile de déceler les bacilles dans les fongosités, qu'ils sont toujours peu nombreux (Koch lui-même n'ayant pu les trouver que dans deux cas sur quatre, M. Cornil dans un sur trois); qu'ils se font remarquer, en outre, par leur peu de virulence, par l'insuccès frappant des inoculations et par la nécessité des inoculations en séries, pour prouver leur vraie nature.

Enfin, une autre raison encore, et non l'une des

moindres, nous explique la différence de gravité des tuberculoses locales comparées à celle du poumon. En effet, tandis qu'il est impossible d'empêcher les microbes pyogènes d'envahir les cavernules pulmonaires, cette préservation est facile quand il s'agit de tuberculoses externes. Or, c'est cette infection secondaire qui fait la gravité de la tuberculose pulmonaire, aussi bien que celle des tuberculoses externes; c'est là un fait sur lequel on ne saurait trop insister.

Examinons maintenant quels sont les moyens grâce auxquels la nature arrive à vaincre le bacille. C'est de la solution de ce problème que peut seule découler une thérapeutique rationnelle.

On sait que dès que le bacille a pénétré dans un de nos tissus, les globules blancs traversent les capillaires, entourent le corps étranger et cherchent à l'absorber, d'où le nom de phagocytes donné à ces globules par Metchnikoff. Quel que soit le processus intime encore controversé de cette lutte, ce qu'on sait, c'est qu'au bout d'un certain temps, le bacille est enkysté au milieu d'un corpuscule, la granulation tuberculeuse; en cet état, le bacille vit encore, l'inoculation de la granulation donnant lieu à la tuberculose expérimentale; mais bientôt la granulation va subir une transformation. Cette évolution du tubercule embryonnaire, entrevue déjà par Laënnec et Cruveilhier, est bien connue aujourd'hui

grâce aux travaux de M. Cornil et surtout de M. Grancher. Ce dernier appelle le tubercule une néoplasie fibro-caséuse ; il veut indiquer par là que le tubercule embryonnaire marche vers l'état fibreux ou caséux.

Remarquons bien qu'au point de vue clinique cette évolution fibreuse est la guérison spontanée de la lésion. Ce mode de guérison peut être vérifié souvent de visu sur le vivant. Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de voir de gros ganglions tuberculeux du cou se transformer en boules dures comme de la pierre, qu'il nous était presque impossible de traverser avec une aiguille. C'est ce processus fibreux qui, se produisant dans les tumeurs blanches, engendre les ankyloses plus ou moins complètes.

Le processus fibreux est peut-être le mode d'évolution du tubercule le plus fréquent ; on peut favoriser sa production en fortifiant l'organisme, en immobilisant l'organe intéressé, enfin, en injectant certains liquides irritants au sein des parties malades.

Or, puisqu'il en est ainsi, puisque d'autre part il nous est possible de limiter les lésions du squelette par l'immobilisation précoce, nous sommes suffisamment armés pour guérir les tuberculoses externes, et cela en sauvegardant le plus possible le résultat local.

Dans les conditions inverses, le follicule au lieu de devenir fibreux, se désagrège, se caséifie du centre vers la périphérie, et produit ce qu'on est convenu d'appeler le pus tuberculeux, l'abcès froid.

Nous le répétons, ce second mode de terminaison du follicule se produit surtout chez les individus épuisés, ou dans les cas où la nature médicatrice a été contrecarrée par des traitements inopportuns.

Toutefois, il ne faudrait pas croire que nous pouvons à notre gré produire la transformation fibreuse ou caséuse; quelquefois, la tendance destructive du follicule l'emporte sur l'évolution fibreuse quoi qu'on fasse. Très souvent, les deux processus se rencontrent en même temps.

La transformation fibreuse du follicule équivaut donc, comme nous l'avons dit, à la guérison de la lésion.

En est-il de même de la caséification ?

Il y a quelques années encore, l'apparition de l'abcès dans la coxalgie, dans le mal de Pott, équivalait presque à une mort certaine. Laugier, dans l'article : *Abcès froids*, du *Dictionnaire Jaccoud*, s'exprime ainsi : « Ils ne sont pas nécessairement mortels, quoique presque tous entraînent une issue fatale »; et ce n'est pas là une opinion personnelle qu'il donne, c'est l'avis unanime de tous les chirurgiens et médecins de son temps.

Avec l'antiseptie, le pronostic des abcès froids

devient moins sombre, mais ceux-ci n'en sont pas moins considérés comme une aggravation notable de la maladie au cours de laquelle ils surviennent. M. Bouilly, dans le *Manuel de pathologie externe*, dit que : « Localement, la coxalgie est redoutable par les suppurations auxquelles elle peut donner lieu, sources d'infection et d'épuisement. »

M. Kirmisson, dans le même traité, s'exprime d'une façon identique : « D'une manière générale, le pronostic des abcès par congestion est excessivement grave..., l'ouverture de l'abcès est trop souvent suivie d'accidents septicémiques mortels ». Il s'exprime encore de la même façon dans le dernier volume du *Traité de chirurgie* : « Trop souvent, en dépit des soins les mieux dirigés, on voit survenir la suppuration ; nous devons envisager maintenant les nécessités qu'entraîne pour la thérapeutique cette redoutable complication ».

Le premier que nous sachions, notre maître M. le docteur Calot, s'est nettement opposé à cette manière de voir. Voici, en effet, ce que nous lisons dans son *Traité sur la coxalgie*, à propos des abcès : « Au nom de l'observation et de la clinique, nous soutiendrons cette opinion que le pronostic de la coxalgie à abcès non ouvert se rapproche bien davantage de celui des coxalgies non suppurées que du pronostic des coxalgies dont la suppuration s'est fait jour à l'extérieur. La crainte instinctive, irraisonnée, de

l'abcès de la coxalgie, qui existe encore pour tous les parents et pour presque tous les médecins, n'a plus sa raison d'être en ce moment où nous sommes si puissamment armés pour guérir cet abcès et transformer rapidement cette coxalgie en une coxalgie non suppurée. »

Nos observations personnelles confirment absolument cette manière de voir, puisque tous les abcès ossifluents que nous avons eu l'occasion de traiter se sont terminés par la guérison.

Non seulement nous pouvons guérir les abcès, mais encore, nous pouvons nous en servir, comme nous le verrons à propos des fistules, pour arriver, par leur intermédiaire, jusqu'à la lésion primitivement malade et, par suite, la guérir par les moyens que nous indiquerons plus loin.

Pourquoi l'abcès serait-il tant à craindre? Abstraction faite de sa paroi, qui est l'élément actif, est-il donc autre chose qu'un amas de produits tuberculeux caséifiés, ramollis, morts ! Ces produits morts sont-ils donc plus infectieux que les éléments vivants dont ils dérivent ?

Mais c'est le contraire qui est la vérité ; il est presque de règle de ne pas trouver, par l'examen direct, des bacilles dans le produit des abcès fermés ; les inoculations elles-mêmes restent bien souvent stériles. Voici un coxalgique dont les tissus périarticulaires sont infiltrés de tubercules embryon-

naires disséminés à une grande distance de l'article; l'examen clinique est bien souvent impuissant à diagnostiquer cet état, et on porte, par suite, un pronostic assez bénin; quelques jours après, ces tubercules se meurent, se caséifient, un abcès se forme; aura-t-on raison de dire que cette évolution naturelle des follicules a aggravé considérablement le pronostic? Le danger de l'abcès est-il dû à une aggravation de l'état général? Nullement. L'abcès évolue presque toujours silencieusement, et il faut bien souvent le rechercher pour ne pas le laisser passer inaperçu. Cela ne doit nullement surprendre quand on réfléchit qu'on n'a pas à faire à une collection produite par des microbes pyogènes, mais simplement à un amas de fongosités ramollies. Ajoutons cependant que la plupart des porteurs d'abcès nous arrivent pâles, souffreteux, mais l'abcès n'est pas la cause de cette déchéance; abcès et mauvais état général marchent de pair; c'est presque toujours parce que l'organisme est affaibli que l'abcès a pu se former, fait qui ressort de l'évolution même des tubercules.

Beaucoup d'auteurs, cependant, ont interverti les facteurs; voyant coïncider abcès et cachexie, ils n'ont pas hésité à subordonner le second élément au premier, et c'est sans doute là une première raison qui explique la frayeur inspirée par l'apparition de la collection purulente.

Mais ce qui a contribué surtout à motiver ce pronostic fâcheux, c'est la fréquence de la mort qu'entraîne l'abcès abandonné aux seuls efforts de la nature ou traité irrationnellement.

L'abcès n'entraînant par lui-même ni phénomènes généraux, ni troubles locaux, comment expliquer cette terminaison fatale dont il est trop souvent la cause? Elle est due évidemment à un élément étranger à l'abcès, à une complication, et cette complication, c'est l'infection par des microbes pyogènes. Cette vérité, vaguement entrevue déjà par les anciens chirurgiens, est nettement établie aujourd'hui grâce à la bactériologie. Comment se fait cette infection? Elle se produit le plus souvent à la suite de l'ouverture spontanée ou chirurgicale de la collection purulente; il arrive, rarement il est vrai, que la poche tuberculeuse s'infecte alors qu'elle ne paraît pas avoir eu de communication avec l'extérieur; mais en cherchant bien, on trouvera comme point de départ de l'infection quelque érosion due à un vésicatoire, à de la teinture d'iode, à des pointes de feu appliquées loco dolenti.

D'autres fois, les microbes pyogènes se sont introduits dans le foyer tuberculeux, à la suite de l'ouverture de ce dernier dans la vessie, rectum, bassin, etc.

Alors que l'abcès tuberculeux pur, fermé, évolue lentement avec le minimum de réactions générales

et locales, une fois infecté il devient douloureux, donne lieu à de la fièvre; des fistules ne tardent pas à se former par où s'écoule du pus véritable contenant les microbes pyogènes. Il se fait souvent de la rétention de pus; la fièvre avec exaspération vespérale s'installe, et, à la longue, on voit survenir la dégénérescence amyloïde des viscères et la cachexie. Cette dégénérescence des viscères n'est pas le fait du bacille de Koch, mais la conséquence de l'envahissement de la poche par les microbes de la suppuration; c'est là un point de la plus haute importance sur lequel M. Calot insiste longuement dans son livre, et qu'il nous a souvent fait constater dans son service. On ne trouve jamais, dit-il, cette dégénérescence viscérale sans que le malade ait présenté une courbe thermique élevée pendant plusieurs semaines.

L'infection est encore terrible pour d'autres raisons que la dégénérescence viscérale et la cachexie qu'elle risque d'entraîner.

Et d'abord, elle produit une destruction étendue et rapide des éléments osseux et articulaires quand il s'agit d'une arthrite.

Enfin, les infections viscérales secondaires dues au bacille de Koch ou aux microbes pyogènes, broncho-pneumonie, méningite, etc., sont infiniment plus fréquentes que lorsqu'il s'agit d'abcès non infectés.

Puisque nous savons que le danger résulte de l'infection et de l'infection seule, puisque nous connaissons les voies par lesquelles les microbes pyogènes s'introduisent dans la poche, nous devons pouvoir éviter cette redoutable complication en amenant la guérison des abcès à l'abri des microbes pyogènes.

Le problème, posé dans ces termes, a été résolu de bien des manières.

Avant la période bactérienne, l'abcès, également redouté par tous les chirurgiens, fut traité d'une manière générale par les deux procédés suivants : les uns, ayant bien remarqué que l'aggravation de l'état général et local était la conséquence de l'ouverture de l'abcès, sans pouvoir trouver toutefois la cause de ce fait, enseignaient qu'il ne fallait pas toucher à ces collections ; mais, bien fréquemment, l'abcès s'ouvrit spontanément et s'infecta.

Les autres, plus hardis, ouvraient la poche soit au bistouri, soit plus fréquemment au moyen de caustiques chimiques. Malheureusement, le résultat de l'une comme de l'autre méthode était presque toujours la mort.

Plus tard, quand la bactériologie eut fait connaître la cause de ces désastres, on vit naître la période des incisions antiseptiques.

La poche, lavée avec grand soin, est ouverte au bistouri, vidée et drainée ; la plaie est fermée au

moyen d'un pansement antiseptique, pour être sûrement à l'abri des germes. On fait les pansements consécutifs avec autant de soin ; et, au bout de quelques semaines, quel résultat a-t-on obtenu ? Une fistule, qui est souvent infectée, malgré toutes les précautions prises.

Bientôt, les insuccès s'ajoutant aux insuccès, on abandonne cette méthode pour une autre préconisée par M. Lannelongue. Ce dernier montre que l'abcès n'est pas un produit de sécrétion de la lésion osseuse ou articulaire ; qu'il se compose d'un contenant et d'un contenu, qu'on a beau vider le contenant aussi longtemps que la partie active, la poche de l'abcès n'est pas détruite, la reproduction du pus est fatale. L'auteur conseille donc d'ouvrir largement l'abcès, d'extirper la paroi et de curetter les lésions osseuses et articulaires dont l'abcès n'est qu'un diverticulum. Bien des succès ont été obtenus grâce à ce procédé ; mais les insuccès n'ont pas été moins nombreux. Nous n'en voulons pour preuve que l'état d'âme des différents chirurgiens qui ont suivi le conseil de M. Lannelongue. Aucun d'eux ne vient nous dire que le danger que faisait courir l'abcès ossifluent autrefois a disparu grâce à leur nouveau manuel opératoire ; pour eux, l'abcès reste toujours une complication redoutable.

Comment expliquer l'échec de cette méthode, en apparence si rationnelle ?

Et d'abord, il est souvent bien difficile de séparer la poche des tissus voisins auxquels elle adhère souvent très intimement, à moins de tailler largement dans les tissus sains, ce qui est souvent impossible par suite du voisinage d'organes importants qu'on risque de blesser. De plus, des follicules tuberculeux se sont glissés souvent loin de la poche et ont envahi les tissus à une grande distance du foyer d'origine.

Comment enlever tous ces follicules, puisqu'on ne les voit pas?

La preuve que, souvent, on laisse subsister des parties malades, c'est la fréquence des récidives constatées par tous les chirurgiens.

Enfin, les abcès ossifluents étant le plus souvent en communication avec la jointure malade, avec la vertèbre cariée, il est clair qu'on a beau enlever la paroi des abcès, on n'a rien fait tant qu'on aura laissé subsister une parcelle du vrai corps du délit, l'articulation ou l'os malade, ce qui doit arriver dans presque tous les cas où on a eu affaire à un abcès communiquant.

Par la logique des choses, on devait donc arriver à une nouvelle méthode plus radicale encore, à la résection pour les tumeurs blanches, à l'ablation des vertèbres pour le mal de Pott. C'est cette dernière méthode, en apparence la plus logique, celle qui, à son début, a fait naître le plus d'espoir, qui

a en réalité à son actif le plus de désastres. Nous le montrerons pour la coxalgie quand nous parlerons de la résection de la hanche. Mais que faire, puisque l'abstention équivaut à une mort presque certaine?

D'abord, il est un fait qui saute aux yeux de tous ceux qui soignent la coxalgie dès le début par une immobilisation rigoureuse ; c'est la rareté de l'apparition de l'abcès. M. Calot qui, avec son grand appareil plâtré, réalise une immobilisation idéale de la jointure, dit dans son livre que sur 97 coxalgiques soignés par lui depuis près de deux ans avant l'existence appréciable d'un abcès, il n'a vu apparaître ce dernier que quatre fois. Or, dans trois de ces cas existait déjà au moment de l'arrivée de l'enfant un empâtement fongueux très accentué. Personnellement, nous n'avons pas vu se former un seul abcès sous l'appareil plâtré, ni chez nos coxalgiques, ni chez nos enfants atteints de tumeurs blanches du genou. Mais, pour obtenir ces excellents résultats, il faut, de toute nécessité, employer le grand appareil plâtré, le seul qui immobilise réellement la jointure et qui a pour lui l'avantage encore d'exercer une forte compression sur les parties malades, autre facteur important pour la guérison des tuberculoses locales.

Mais l'abcès existe : que faire? Bien se garder de l'ouvrir, et avoir recours à cet effet aux ponctions et aux injections de liquides modificateurs. Nous

sommes convaincus que des abcès non infectés guéris par l'intervention sanglante, peut-être pas un seul n'eût résisté à cette méthode de traitement et que nombre d'échecs dus à une intervention plus active eussent pu être des succès s'ils avaient été traités par des injections. Nous croyons que le jour où cette méthode se sera généralisée, quand elle sera employée avec confiance et persévérance, les fistules de quelque gravité disparaîtront, et, avec elles, le plus grave danger que faisaient courir la coxalgie et le mal de Pott.

Ainsi, pour appuyer notre opinion de quelques chiffres, prenons au hasard les dernières statistiques publiées à Berck. Dans la thèse de mademoiselle Bouët (année 1895), nous trouvons cinquante et un cas d'abcès coxalgiques traités par les injections de naphtol camphré.

Voici quels en ont été les résultats :

44 guérisons sans période fistuleuse.

4 guérisons après période fistuleuse.

2 ont été réséqués.

1 fistule persistante.

Donc, sur cinquante et un cas, il n'y a eu que trois insuccès, car les quatre cas qui ont guéri, après une période fistuleuse de peu de durée, ne peuvent être considérés même comme des insuccès relatifs.

Si nous analysons les deux cas qui, traités d'abord par les injections, ont fini par être réséqués, voici ce que nous voyons :

Le premier cas a trait à un coxalgique présentant un volumineux abcès fessier. « Après avoir répété treize fois les ponctions et les injections, dit mademoiselle Bouët, le volume de l'abcès ne nous ayant pas paru modifié, nous avons cru devoir conclure à l'impuissance du moyen de traitement employé jusque-là. »

Pourquoi s'être arrêté à ce chiffre fatidique de 13, puisque rien ne pressait ? En outre, il arrive souvent que l'abcès ne se tarit pas parce qu'on ne cesse pas les injections à un moment donné ; dès qu'on suppose la collection suffisamment modifiée, il faut arrêter l'introduction des liquides irritants et se contenter de retirer par des ponctions le pus qui peut se reformer ; puis d'exercer une forte compression sur la poche ; la négligence de ce détail peut souvent faire traîner l'affection en longueur et accuser la méthode d'échecs qui ne sont imputables qu'à l'opérateur.

Nous ferons observer encore que par suite de la disposition complexe de la poche révélée par l'intervention (l'abcès se composait de trois poches superposées et communiquant ensemble par d'étroits diverticules), un autre liquide modificateur que le naphthol camphré tel que l'éther salolé ou iodoformé,

qui, en se vaporisant, pénètre dans tous les recoins, eût été probablement plus efficace que ne l'avait été le naphtol. En prévision de faits de ce genre, il est bon de changer le liquide modificateur, quand au bout d'un certain nombre d'injections on n'a pas obtenu l'effet désiré.

Dans le cas particulier qui nous occupe, tout fait penser qu'avec une légère modification du manuel opératoire ou peut-être seulement avec un peu plus de persévérance, on eût pu éviter une résection.

Dans le second cas, il s'agit d'un coxalgique avec un abcès sous-épineux de petit volume. Après plusieurs ponctions, la collection avait paru disparaître à peu près complètement, mais le liquide étant venu à se reproduire, on a pratiqué la résection. Nous répondrons qu'il fallait simplement refaire les injections, et le succès était d'autant plus assuré ici qu'on avait réussi déjà une première fois à tarir l'abcès.

Nous voyons donc que les deux échecs signalés par mademoiselle Bouët ne peuvent être imputés à la méthode des injections, mais à son application insuffisante.

Dans le troisième cas encore il est probable que si la méthode des injections avait été employée avec plus de confiance, on eût pu éviter une résection.

Les abcès d'origine vertébrale donnent les mêmes résultats heureux.

Sur les quarante-neuf observations que mademoiselle Bouët a pu réunir, il y a eu :

44 guérisons sans fistules.

2 morts par cachexie.

3 morts par fistule.

Dans les trois derniers cas, qui ont amené la mort par fistule, il s'agissait de pottiques qui présentaient déjà une fistulette à leur arrivée à Berck ; par suite de l'existence de cette dernière, le foyer tuberculeux était, selon toute probabilité, déjà infecté dès ce moment ; aussi, quand les nouveaux abcès survinrent, ils contenaient probablement déjà des microbes pyogènes à côté du bacille de Koch ; et, dans ces conditions, la méthode des injections ne donne plus des succès aussi certains.

Quant aux deux malades morts de cachexie, sans avoir présenté de fistules, nous ne pouvons les admettre dans la statistique, vu l'absence de plus amples détails sur la cause de leur décès.

En résumé, sur quarante-six cas, on constate quarante-trois succès et trois échecs, dus en partie à ce que l'abcès était infecté dès sa formation.

M. Calot ne fait plus d'interventions sanglantes pour les abcès non infectés. Nous trouvons dans son livre vingt-neuf cas d'abcès dont vingt-sept traités par le naphtol camphré et deux par la glycérine

iodoformée; tous ces cas, sauf un, qui a donné lieu à une fistule, se sont terminés par la guérison.

Nous savons que depuis la publication de son livre, il a obtenu un très grand nombre de guérisons par la même méthode.

Personnellement, nous avons eu à soigner un certain nombre d'abcès par congestion, qui ont tous guéri par le même traitement, quelques-uns, il est vrai, après avoir donné lieu à une fistule temporaire. Donnons-en un rapide aperçu :

OBSERVATION I

H. Mina, 8 ans 1/2. (Hôpital de Rothschild.) — Coxalgie gauche.

Entré le 22 novembre 1895. État général des plus mauvais : pâle, anémique, un peu d'albumine dans les urines; pas de fièvre.

Coxalgie douloureuse. La région de la hanche est volumineuse, déformée par un vaste abcès qui occupe sa face externe.

Première ponction, le 6 décembre (300 grammes de pus); injection de 6 grammes de naphtol. Après cinq autres ponctions suivies d'injections de naphtol d'abord, puis d'éther iodoformé, le pus ne s'est plus reproduit. Au milieu du mois de janvier, on applique un appareil plâtré, sous chloroforme, qu'on laisse jusqu'au 13 mai 1896, où on permet la marche sans appareil, à l'aide de béquilles.

La jambe est en très bonne position et aussi longue que l'autre, à un centimètre près.

OBSERVATION II

C. Robert, 7 ans 1/2. (Hôpital de Rothschild.) — Coxalgie gauche suppurée.

Entré le 4 juin 1892.

Il y a trois ans, il est pris brusquement de douleurs dans la hanche, se met à boiter.

État du malade à son arrivée : flexion de la cuisse gauche sur le bassin ; ensellure lombaire.

Le 27 janvier 1893, on fait le redressement sous chloroforme ; appareil plâtré.

Le 19 février 1894, on trouve un abcès au niveau des adducteurs. Une ponction donne issue à 200 grammes de pus ; on injecte 100 grammes de sublimé à 1 0/0.

Cette simple injection suffit pour guérir l'abcès. On applique un appareil plâtré le 1^{er} avril.

Le 20 mars 1895, on remplace l'appareil plâtré par un petit appareil silicaté, et on permet la marche avec deux béquilles.

La jambe du malade est dans une attitude parfaite, a absolument la même longueur que celle du côté opposé ; l'atrophie musculaire, pourtant, est appréciable : on trouve une différence de 6 centimètres pour la circonférence au milieu de la cuisse. Les mouvements de la hanche sont limités 15°.

Cet enfant finira certainement par marcher très bien.

OBSERVATION III

G. Marcel, 12 ans. (Dispensaire H. de Rothschild.) —
Mal de Pott et coxalgie.

On s'aperçoit, en décembre 1893, d'une saillie vertébrale au niveau de la deuxième et de la troisième vertèbre lombaire. On fait le diagnostic de mal de Pott.

Un an auparavant, il avait eu des abcès à la partie externe de la cuisse, qui avaient été guéris au bout de six mois de traitement par des injections d'éther iodoformé.

Quand il vient consulter, le 8 janvier 1894, on note l'état suivant : la cuisse est fléchie à angle droit, en abduction, et légère rotation au-dehors ; il existe des mouvements de 15 à 20° dans tous les sens de l'articulation coxo-fémorale.

8 janvier 1894 : redressement sous chloroforme et appareil plâtré.

26 juin 1895 : l'enfant vient pour un gros abcès siégeant au-dessous du pli fessier, du côté gauche. On constate encore une autre collection dans la fosse iliaque, communiquant avec la première. On ponctionne l'abcès fessier et on injecte du naphtol. La deuxième injection de naphtol donna lieu à un accident dont nous reparlerons. Pendant l'accident, on se vit forcé d'ouvrir largement l'abcès, qu'on referma au moyen de quelques points de suture.

Le 31 juillet, on constate de nouveau la présence de l'abcès fessier. M. Baillet l'incise et le draine.

A partir du 5 septembre, survient de la fièvre. On fait alors des injections de glycérine iodoformée dans la fistule.

Le 27 décembre, on ponctionne l'abcès de la fosse iliaque qui point à la racine de la cuisse. On renouvelle ces ponctions quatre fois, et la fièvre tombe enfin le 1^{er} janvier 1896.

Le 17 janvier, on note que l'abcès de l'aine ne s'est pas reformé et que la fistule fessière ne donne plus que quelques gouttes de pus. Pas de fièvre ni d'albumine; enfin, le 28 février 1896, la fistule est complètement fermée.

La guérison se maintient jusqu'au mois de mai 1896, où il apparaît de nouveau une petite poche au niveau de l'ancienne fistule fessière.

On fait une ponction qui donne issue à quelques gouttelettes de pus, et on fait une injection d'éther iodoformé.

Deux jours après, l'abcès est fistuleux. Au bout de deux injections faites en l'espace de quatre jours, la fistule se referme, et l'abcès ne s'est plus reproduit depuis. La jambe est en parfaite attitude, à peine plus courte que l'autre.

OBSERVATION IV

A. Adrienne, 9 ans. (Dispensaire H. de Rothschild.) — Mal de Pott lombaire.

Le 8 mars 1895, on voit apparaître un abcès dans la fosse iliaque gauche, qui, en l'absence de tout traitement,

augmente, et point le 19 avril dans la région du triangle de J. L. Petit.

Le 29 avril, on ponctionne l'abcès dans la région lombaire et on en retire 150 grammes de pus liquide. On injecte du naphtol camphré.

Après neuf interventions semblables, l'abcès est complètement guéri le 20 juillet.

Mai 1896. — L'enfant reste définitivement guérie, avec une gibbosité à peine marquée.

OBSERVATION V

Charles N... (Hôpital de Rothschild.)

Entré le 13 avril 1895. Mal de Pott dorso-lombaire.

Gibbosité très marquée. Abcès de la fosse iliaque, pointant sous l'arcade fémorale gauche. Cuisse gauche en demi-flexion sur le bassin. La rétraction de la jambe paraît due non à une coxalgie, mais à l'abcès iliaque. État général médiocre.

Au mois de mai, la peau, au niveau de l'abcès, rougit, et on ponctionne. A la suite d'une de ces ponctions, il persiste une fistule; on injecte du naphtol, et, plus tard, une solution alcoolique de naphtol, et, enfin, une injection d'éther iodoformé. La fistule est complètement fermée au mois de décembre et ne se rouvre plus, malgré une rougeole qui survient au mois de mars.

OBSERVATION VI

S. Madeleine, 5 ans. (Dispensaire H. de Rothschild.)
— Tumeur blanche du genou droit, datant de trois ans.

Quand nous voyons l'enfant, le 17 mai 1895, sa jambe est fléchie à angle droit sur la cuisse.

La région du genou est volumineuse, empâtée, et on constate un gros abcès sous-tricépital.

Deux ponctions faites à la partie antéro-inférieure de la cuisse, le 20 et le 31 mai, donnent issue chacune à 50 grammes de pus séreux.

On fait suivre les ponctions d'injections de 2 grammes de naphтол camphré et de compression.

Le 17 juin, on ne constate plus trace d'abcès.

On fait le redressement sous chloroforme, le 27 juillet, et on applique un appareil embrassant le bassin.

Mai 1896. — L'enfant marche avec une petite genouillère silicatée; sa jambe est en très bon état.

OBSERVATION VII

C. Léon, 19 ans. — Mal de Pott et tumeur blanche du genou gauche, avec abcès de la face postéro-externe de la jambe.

L'abcès de la jambe, survenu vers le mois de mars, a été guéri au bout de six ponctions suivies d'injections de naphтол et d'éther iodoformé.

Nous voyons donc que, traité par les injections, l'abcès n'est plus une complication à redouter; il guérit presque toujours; les succès deviendront de plus en plus rares à mesure qu'on se familiarisera davantage avec le manuel opératoire.

DU TRAITEMENT DE LA COXALGIE FISTULEUSE

Nous passons maintenant à la seconde partie de notre travail, au traitement de la coxalgie à la période fistuleuse. Arrivé à cette phase de la maladie, le patient était considéré, il n'y a pas très longtemps encore, comme presque irrémédiablement perdu. Les pauvres hospitalisés étaient remisés dans un coin d'hôpital où, manquant d'air et de lumière et baignant dans le pus, ils se cachectisaient rapidement. Le chef de service avait la conscience tranquille, étant convaincu que l'affection était au-dessus des ressources de son art. Quand par hasard il voulait lutter quand même, il ne faisait qu'aggraver la situation des malades, toute sa thérapeutique consistant à appliquer aveuglément sur la hanche malade : vésicatoires, cautères, moxas et sangsues.

En présence de pareils désastres, causés par l'expectation, il ne faut pas s'étonner de l'enthousiasme avec lequel furent accueillis les premiers résultats heureux dus à la résection de la hanche. « Si l'on veut bien considérer, dit Valette dans l'article « Coxalgie » du Dictionnaire Jaccoud, que

le pronostic de la coxalgie arrivée à la période fistuleuse est presque inévitablement mortel, on sera très encouragé à suivre la voie dans laquelle Lefort aura eu le mérite d'entraîner la chirurgie française, la résection de la hanche ».

Bientôt, cette opération, rendue moins dangereuse par l'application de la méthode antiseptique, fut proclamée la plus belle conquête de la chirurgie moderne, et l'on se mit à réséquer avec fureur.

Mort presque certaine d'un côté, guérison assez fréquente de l'autre, on ne pouvait hésiter longtemps entre les deux systèmes de traitement. Mais de ce que la résection est supérieure à l'expectation, il ne s'ensuit nullement qu'elle constitue une bonne opération, et encore moins qu'elle doive être considérée comme le traitement idéal de la coxalgie fistuleuse.

Pour pouvoir juger de sa valeur en connaissance de cause, nous allons comparer entre eux les résultats fournis par la résection et ceux que nous obtenons, non pas par l'expectation, mais au moyen de petites interventions bénignes, employées avec méthode.

Voyons donc ce que donne la résection. Faisons remarquer tout d'abord que nous admettons comme résultats de la résection ceux obtenus par des chirurgiens tels que Ollier, Vincent, Cazin, opérateurs non seulement connus pour leur habileté technique,

mais pour ce fait encore qu'ils résèquent bien souvent avant l'apparition des fistules, c'est-à-dire dans des conditions infiniment plus favorables.

Procédant ainsi, si l'on peut nous adresser quelque reproche, ce ne sera certes pas celui d'avoir assombri le tableau de la résection.

En premier lieu, la résection n'est pas une opération inoffensive au point de vue de la vie du malade quand on la fait dans les cas de coxalgie fistuleuse infectée, c'est-à-dire dans les seules circonstances où, suivant nous, la question de la résection mérite d'être discutée. Nous croyons, en effet, avoir prouvé suffisamment que la coxalgie accompagnée d'abcès non ouverts guérit très bien par des moyens beaucoup plus bénins. Nul doute que la proportion des décès opératoires et postopératoires ne fût beaucoup plus élevée qu'elle ne ressort des statistiques sur lesquelles on s'appuie généralement pour élucider cette question, si la résection n'était pratiquée que pour les seules coxalgies fistuleuses.

Quoi qu'il en soit, les statistiques, telles qu'elles ont été publiées, nous montrent qu'un certain nombre de malades meurent pendant l'opération ou quelques jours après; qu'un plus grand nombre encore succombent dans les mois qui suivent l'intervention; alors que la plaie opératoire n'était pas encore cicatrisée; enfin que des décès se produisent encore dans une assez grande proportion peu ou

longtemps après que les malades avaient été abandonnés comme guéris.

Koenig qui, l'un des premiers, était entré hardiment dans la voie nouvelle, lui qui, pendant longtemps, n'attendait pas l'apparition de la suppuration pour pratiquer la résection, fait, à l'un des derniers congrès de chirurgie, cette réflexion mélancolique, particulièrement frappante dans sa bouche, à savoir que, d'année en année, le nombre des survivants par résection diminue, et que, quelques années après l'intervention, ils ont presque tous disparu.

M. Ollier annonce, en 1891, que sur ses vingt derniers réséqués il a eu deux morts opératoires, que quatre ont succombé plusieurs mois après l'opération, soit du fait de la continuation de la lésion primitive, soit des complications tuberculeuses du côté des organes internes, qu'un cinquième est mort d'érysipèle trois mois après avoir quitté l'hôpital.

Donc, quelques mois à peine après ses interventions, M. Ollier compte déjà sept décès et, sur les treize survivants d'alors, qui sait combien il en reste aujourd'hui ?

Dhourdin, donnant la statistique des réséqués de Cazin, accuse onze morts sur vingt-six interventions et quatre guérisons seulement, les autres cas s'étant terminés par des fistules. Il est vrai que

Dhourdin, frappé lui-même des résultats peu favorables de l'opération, se les explique par les lésions acétabulaires qu'a révélées presque constamment l'intervention. Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de cette opinion.

Suivant Grosch, la mortalité serait de 67 0/0 quand la résection est faite dans les cas où il y a eu suppuration prolongée, et cette mortalité monterait à 87 0/0 quand il y a perforation du cotyle.

Une statistique extrêmement instructive est celle de la commission nommée en 1881 par la Société clinique de Londres; elle donne une mortalité de 40 0/0 pour la résection et de 35 0/0 seulement dans les cas où la coxalgie suppurée a été traitée uniquement par l'expectation.

Le professeur Czerny, se basant sur le nombre de résections qu'il a faites de 1877 à 1886, donne une mortalité de 58 0/0; sur trente-deux réséqués qui ont pu être suivis, il y a huit guérisons et vingt-quatre morts assez rapides.

Eugène Boeckel a perdu tous ses opérés adultes au nombre de sept; deux d'entre eux ont succombé tardivement à la tuberculose pulmonaire.

Sur six opérés adultes d'Ollier, aucun n'est arrivé à la guérison de la plaie opératoire.

Sur vingt et un malades réséqués de la hanche, de Koenig, dix avaient succombé à la tuberculose au bout de quatre ans.

Sur les cinquante-deux résections publiées par Vincent, il y a seize morts à l'heure où il les publie.

On voit donc que la résection de la hanche n'est pas une opération aussi inoffensive que voudraient le faire croire certains partisans de cette méthode de traitement.

A l'un des derniers congrès de chirurgie, l'un des assistants a pu dire, sans être arrêté par un tollé de protestations, que la résection de la hanche n'a jamais guéri aucun malade qui n'eût pu être sauvé sans elle; un autre a pu soutenir que c'est une opération dont on ne devrait plus parler.

Les causes des décès sont multiples.

Les uns succombent pendant l'opération de choc ou de perte de sang; d'autres, affaiblis déjà avant l'intervention, le sont davantage encore après, ne peuvent se remettre et meurent dans les jours qui suivent l'opération; beaucoup suppurent des mois et des mois après la résection et sont emportés par la cachexie; enfin plus grand encore est le nombre de ceux qui sont enlevés, peu ou longtemps après l'acte opératoire, par des manifestations tuberculeuses internes : phthisie, méningite, granulie, broncho-pneumonie, etc.

Les considérations que nous avious été amené à émettre au sujet des tuberculoses locales en général nous avaient laissé prévoir ces fâcheux résultats;

nous avons montré que la coxo-tuberculose, comme toute tuberculose locale, ne demandait qu'à rester cantonnée dans le petit segment du système lymphatique qui est son domaine ordinaire, mais que l'intervention, en ouvrant vaisseaux blancs et rouges de la région malade, faisait pénétrer les bacilles dans le courant circulatoire et disséminait ainsi les lésions, d'autant plus que l'opération, en affaiblissant forcément l'individu, mettait par cela même les microbes dans leurs meilleures conditions de développement.

Mais la résection assure-t-elle au moins, aux malades qui échappent à la mort, une guérison rapide de leur lésion locale ?

Nous avons eu à soigner trois malades qui avaient été réséqués pour des fistules : deux d'entre eux ont été opérés jusqu'à trois fois, ce qui ne les a pas empêchés tous les trois de garder les fistules pour lesquelles on était intervenu. Si deux ont fini par voir leurs fistules se tarir depuis, c'est par des moyens qui eussent réussi aussi bien avant qu'après la mutilation des malades. Nous connaissons, en dehors de notre service, trois autres malades qu'on a réséqués pour les débarrasser de fistules qu'on n'arrivait pas à fermer ; ils sont restés fistuleux quand même et n'ont gagné à l'opération qu'une infirmité de plus.

Tous les opérateurs, d'ailleurs, ont constaté com-

bien rarement la résection réussissait à tarir une fistule coxalgique.

Bien souvent, dit M. Calot dans son traité, on intervient pour une petite fistulette insignifiante, et le résultat de l'opération est une deuxième et une troisième fistule donnant du pus en abondance.

Les interventionnistes eux-mêmes sont tellement persuadés de l'inefficacité de la résection pour la guérison des fistules, qu'aucun d'eux ne conseille une seconde intervention quand une première a échoué. Cependant, si l'on estime que l'ablation plus ou moins large des parties malades est nécessaire et suffit pour guérir les fistules, on ne doit pas s'en tenir à un premier échec ; la logique veut qu'on intervienne à nouveau, ce qu'on fait pourtant rarement.

Aussi, ceux qui ne voient de salut que dans l'ablation des parties malades finissent-ils souvent par désarticuler la hanche après l'avoir réséquée.

Ashurst a pu réunir ainsi trente et un cas de ces interventions secondaires.

Et comment s'étonner de ces résultats quand on sait que la résection faite dans des conditions beaucoup plus favorables, alors que la hanche n'est pas encore infectée, laisse presque toujours après elle des suppurations qui persistent des mois et des années ! Que de fois la résection a transformé une coxalgie fermée en une coxalgie criblée de fistules !

S'il a été urgent de réséquer une première fois, il nous semble que cette nécessité s'impose à plus forte raison alors que l'intervention a aggravé l'état local et général du malade; pourquoi ne la refait-on pas?

La hanche, une fois guérie, l'est-elle au moins d'une façon définitive? Nullement. Il n'est pas rare du tout de voir survenir des abcès alors que la résection avait paru avoir débarrassé pour toujours le malade de son foyer infectieux.

Dans un des derniers congrès de chirurgie, un Américain a pu présenter trois cas personnels où cette récurrence s'était produite.

Ces succès sont la preuve évidente de l'impossibilité où l'on est d'enlever, même par la résection la plus large, toutes les parties malades; c'est là pourtant le seul but de ces grandes interventions. Si elles ne peuvent pas l'atteindre, et les résultats sont là pour prouver que, le plus souvent, elles sont impuissantes à le faire, n'est-il pas évident qu'elles n'ont pas leur raison d'être et doivent être proscrites!

Le conseil donné par les interventionnistes eux-mêmes de ne pas rechercher une réunion par première intention après l'opération, est encore une preuve qu'on ne peut pas enlever toutes les parties malades.

Nos connaissances anatomo-pathologiques nous rendent parfaitement compte des échecs. Qu'on puisse à la rigueur avoir des guérisons rapides quand

on intervient d'une façon précoce, préventive pour ainsi dire, cela se comprend encore, puisqu'on a des chances d'extirper le foyer malade, encore limité. Mais, même dans ces conditions, la guérison par première intention n'est pas la règle.

Ne sait-on pas, en effet, qu'assez souvent les lésions siègent dans le grand trochanter, dans l'extrémité supérieure de la diaphyse, dans le canal médullaire, dans un point quelconque de l'os iliaque, loin de l'acétabulum. Si le hasard a voulu qu'on ait été en présence d'un de ces cas, on aura fait une opération incomplète. Nous avons déjà dit, d'ailleurs, qu'on n'enlève presque jamais tous les éléments morbides, puisqu'on ne touche pas aux ganglions inguinaux et iliaques, souvent intéressés.

Si l'ablation radicale des parties tuberculeuses est déjà si difficile, si aléatoire dès le début de la maladie, comment s'étonner de l'incertitude des résultats quand la région de la hanche est farcie de fongosités ramollies ou non, disséminées souvent à de grandes distances de la hanche intéressée ?

Mais comment avoir l'espoir de faire une opération complète quand il s'agit d'une coxalgie fistuleuse infectée ? La fistule communique ou ne communique pas avec la jointure. Dans le dernier cas, faire la résection pour tarir la fistule, c'est couper la tête quand le pied est malade. Dans le premier cas, il s'agit non seulement de débarrasser la hanche de ses

éléments tuberculeux, mais encore des microbes pyogènes qui ont envahi diverticules et éléments intra-articulaires. Les microbes de la suppuration ont trouvé là un terrain de culture extrêmement propice; ils ont envahi les os qui, déjà érodés, ulcérés par les bacilles de Koch, ne peuvent leur offrir qu'une très faible résistance. Nous n'avons plus affaire à une coxo-tuberculose, mais à une ostéoarthrite infectieuse mixte, à une coxalgie ostéomyélitique ou, si l'on aime mieux, à une ostéomyélite greffée sur un os tuberculeux. Or, si rien n'est aussi difficile que de débarrasser l'individu d'un foyer d'ostéomyélite, cette difficulté est accrue considérablement dans le cas présent, non seulement par la coexistence des lésions tuberculeuses, mais surtout par ce fait que les microbes de la suppuration ont envahi profondément toutes les parties osseuses, déjà entamées par le bacille, et disséminées souvent à une grande distance des segments osseux, qu'on a l'habitude de retrancher par la résection.

Ces considérations nous rendent parfaitement compte de la rareté des guérisons dues à la résection faite dans ces conditions. Qu'on parcoure les observations, et on verra que la continuation de la fièvre et de la suppuration est la règle après l'intervention; bien souvent même, une exacerbation thermique, des douleurs violentes, montrent que

l'intervention a transformé en aiguë l'ostéomyélite, d'allure jusqu'alors chronique.

Cette attaque aiguë peut rester localisée à l'extrémité supérieure du fémur, à l'os iliaque, elle peut gagner également les cartilages de conjugaison du côté du genou. Le chirurgien, étonné autant qu'effrayé de cette marche envahissante de la maladie, l'explique en disant que la coxalgie s'est compliquée d'une attaque d'ostéomyélite ; quelquefois il croit devoir rectifier son diagnostic et soutenir que la prétendue coxalgie n'a été dès le début qu'une ostéomyélite.

Si, nonobstant ces mauvaises conditions, le succès finit quelquefois par couronner l'opération, c'est au bout de longs mois de traitement postopératoire, consistant à laver et relaver l'articulation avec des liquides antiseptiques et modificateurs. Cette guérison tardive est due, selon nous, bien plus à ces soins consécutifs, considérés généralement tout au plus comme adjuvants utiles, qu'à l'acte opératoire lui-même. La preuve, on la trouve dans les observations de ceux-là mêmes qui ne voient de salut que dans la résection : en les parcourant, on est frappé de la persistance de la fièvre et de la suppuration après l'intervention, et de l'amélioration progressive qui survient dès qu'on injecte dans l'articulation des liquides modificateurs, tels qu'eau phéniquée, teinture d'iode, etc.... On se convainc que ces injec-

tions jouent un rôle capital après l'acte opératoire, que, sans elles, les interventions, paraissant les plus radicales n'amèneraient jamais la guérison; la preuve encore, c'est que la suppuration postopératoire est très souvent nulle quand la hanche avait été traitée, antérieurement à la résection, par les injections modificatrices: la preuve enfin, c'est que ces injections suffisent, dans la majorité des cas, à elles seules, pour amener la guérison, comme nous allons le montrer plus loin.

La résection à elle seule est donc le plus souvent impuissante à amener la guérison d'une coxalgie fistuleuse infectée.

Voyons maintenant quel est le résultat orthopédique de la résection. D'une manière générale, il sera d'autant plus mauvais, qu'on aura été forcé de retrancher plus de parties osseuses et que la suppuration postopératoire aura été plus longue. Ces deux facteurs, étendue des lésions et suppuration postopératoire, étant surtout prononcés quand il s'agit de coxalgies fistuleuses infectées, nous voyons que le résultat orthopédique doit être en général moins favorable que lorsque l'opération est pratiquée pour des coxalgies avec abcès fermés. D'une manière générale également, le résultat laissera d'autant plus à désirer que la résection aura été faite à une époque où le cartilage de conjugaison supérieure du fémur aura eu à fournir plus d'os en-

core. Quoi qu'il en soit, nous avons trouvé des observations de résections où il est dit que le malade boitait à peine, mais nous soutenons avec la grande majorité des chirurgiens que ce sont des cas tout à fait exceptionnels, obtenus en général là où le traitement conservateur eût rapidement amené la guérison. L'opération faite pour la coxalgie fistuleuse infectée donne des résultats orthopédiques peu encourageants ; le malade est trop souvent un infirme ; pour qu'il ne le soit pas à coup sûr, il faut qu'il soit pendant des années sous la surveillance du chirurgien orthopédiste. Pendant des années, en effet, le membre a tendance à se placer en flexion et en adduction, à remonter sur le bassin. On ne peut éviter ces attitudes vicieuses, qui, arrivées à un certain degré, font du reséqué un estropié, que par un traitement postopératoire interminable et souvent très pénible. Si encore ces soins consécutifs assuraient toujours au malade une jambe utile ! Malheureusement il n'en est rien ; les attitudes vicieuses surviennent quelquefois et s'accroissent de plus en plus, quoi qu'on fasse. Il suffit pour s'en convaincre de voir ce que dit à ce sujet le père de la résection, le professeur Ollier : « Ce n'est pas pendant quelques semaines après la guérison de la plaie, dit-il, que nous jugeons l'usage des béquilles indispensable ; c'est pendant plusieurs mois et quelquefois pendant plusieurs années. Les causes qui favorisent

la descente du bassin agissent fatalement d'une manière constante pendant plusieurs années, quand on a une articulation mobile; de là des déformations tardives qui se traduisent et surtout s'accroissent au bout de quelques années.

« Nous avons rencontré plusieurs fois des déformations énormes, accompagnées d'une claudication très disgracieuse, chez des réséqués que nous avions laissés, quelques années auparavant, avec un membre droit et qui paraissait suffisamment fixé. Si, chez les adolescents et les adultes, deux ou trois ans suffisent pour que la néarthrose arrive à sa constitution définitive, il n'en est pas de même chez l'enfant, qui est exposé, jusqu'à la fin de sa croissance, à des déformations, dues à la perturbation de l'accroissement dans les parties du squelette intéressées par la résection. La tendance au déplacement persiste si longtemps après la résection de la hanche terminée par une néarthrose mobile ou une soudure incomplète, que nous avons été obligé quelquefois de faire continuer l'extension nocturne avec abduction pendant six ans et plus. Le membre tend toujours à se placer en adduction quand il n'est pas fixé par des adhérences osseuses. Les adhérences fibreuses les plus solides en apparence cèdent souvent à la longue et, plusieurs fois, nous avons dû redresser des membres qui s'étaient infléchis cinq ou six ans après l'opération. »

A côté de cette déviation souvent impossible à éviter, d'après M. Ollier lui-même, malgré toutes les précautions qu'on puisse prendre durant des années, il y a à considérer le raccourcissement forcé du membre.

Ce raccourcissement est mesuré tout d'abord par la hauteur du segment d'os réséqué et, comme le plus souvent, dans les cas graves qui nous occupent, on est forcé de pratiquer la résection sous-trochantérienne, il y a déjà là une perte de plusieurs centimètres. De plus, quand cette résection se fait chez l'enfant, il s'y ajoute le déficit résultant de l'ablation du cartilage de conjugaison supérieur qui, se trouvant dans la tête articulaire même, n'est jamais respecté ; de ce fait, l'os intéressé perd en longueur tout ce que son congénère gagne jusqu'à la fin de la croissance ; cette perte ira donc en augmentant, d'année en année, jusqu'à l'ossification complète du cartilage de conjugaison. Il est vrai qu'on a signalé des cas de suractivité du cartilage de conjugaison inférieur du fémur, venant compenser, jusqu'à un certain point, le déficit éprouvé par l'ablation du cartilage de conjugaison supérieur ; ces faits sont malheureusement trop rares pour qu'il soit permis d'en escompter le bénéfice.

Nous n'ajouterons pas, à ces deux facteurs de raccourcissement réel, la perte en longueur due aux troubles trophiques antérieurs et postérieurs à l'o-

pération, puisque cette dernière n'est pas le fait de l'opération, mais existe quel que soit le moyen de traitement employé; il n'en est pas moins vrai que cette nouvelle cause de raccourcissement est plus sensible quand, pour d'autres raisons déjà, l'os est notablement plus court que son congénère.

Au raccourcissement réel, dont nous venons d'analyser les trois facteurs constitutifs, vient s'ajouter presque toujours du raccourcissement apparent causé par l'ascension du membre sur le bassin et sa flexion.

Dans la majorité des cas le fémur, qui n'est plus fixé solidement au bassin par une tête articulaire s'emboîtant étroitement dans sa cavité cotyloïde et qui ne tient plus à l'os iliaque que par des tractus fibreux plus ou moins serrés, remonte sur la face externe de l'os iliaque, à une hauteur d'autant plus considérable que l'ankýlose sera moins serrée; cette ascension augmente en général avec les années et est mesurée cliniquement par le nombre de centimètres dont le sommet du grand trochanter a dépassé la ligne de Nélaton-Roser.

A l'ascension du fémur sur le bassin s'ajoute, comme seconde cause de raccourcissement apparent, la flexion du membre qui se produit presque fatalement quoi qu'on fasse.

Le raccourcissement fonctionnel, le seul qui importe, étant le produit du raccourcissement réel et

du raccourcissement apparent, serait donc presque toujours énorme s'il n'était compensé en partie par des déviations secondaires du squelette : abaissement du bassin, courbure de la colonne vertébrale.

Malgré cette compensation partielle, qui ne se fait qu'au prix d'une difformité nouvelle, le raccourcissement fonctionnel n'en reste pas moins, dans la majorité des cas, très prononcé.

Nous avons vu que la plupart des facteurs, dont l'ensemble constitue le raccourcissement fonctionnel, n'interviennent d'une façon appréciable que bien longtemps après l'opération. Le résultat d'une résection peut donc paraître excellent tout d'abord et être exécrable quelques années après. Ce fait explique parfaitement l'enthousiasme qu'a soulevé la résection à son début et le discrédit dans lequel elle tombe de plus en plus à mesure que ses résultats éloignés sont mieux connus.

A côté des cas où la claudication dépend du raccourcissement plus ou moins prononcé et des attitudes vicieuses plus ou moins accentuées du membre ankylosé, il faut parler de ceux où elle est due à une pseudarthrose flottante, à une jambe de polichinelle ; ce membre en fléau ne rendra aucun service ; mieux vaudrait quelquefois pour le malade forcé de se livrer à des travaux pénibles, une jambe de bois que cet appendice charnu qui bien souvent ne fera que le gêner. Or, il n'est pas toujours en notre pouvoir

d'obtenir des ankyloses suffisamment serrées, pour simuler des ankyloses osseuses; pour qu'elles se produisent, il faut que l'opérateur puisse laisser subsister des lambeaux périostés, des parties fibreuses et capsulaires; il faut encore que ces éléments ne soient pas détruits plus tard par la suppuration postopératoire; mais ces deux conditions de succès sont souvent bien difficiles à réaliser quand il s'agit de coxalgies fistuleuses infectées. Les statistiques des résections faites à toutes les phases de la coxalgie, montrent que cette ankysose fait bien souvent défaut.

Good ne trouve qu'un cas d'ankylose solide, sur cinquante-deux observations dépouillées en 1869.

Volkman dit l'avoir obtenue rarement.

Eugène Boeckel n'a pu la produire que chez 1/3 de ses opérés.

Sur treize opérés d'Ollier, réséqués au moins depuis trois ans, deux ont une néarthrose mobile, six une ankylose incomplète, cinq une ankylose complète.

Tel est le bilan de la résection au point de vue orthopédique. Quelques observations, empruntées au hasard à des chirurgiens experts en la matière comme Ollier et son élève Vincent, compléteront utilement ce tableau.

Voici d'abord l'histoire d'un réséqué d'Ollier rapportée dans la dernière édition de son célèbre

ouvrage sur les résections : « Nous avons examiné récemment, dit-il, une jeune fille de seize ans, à laquelle nous avons réséqué la jambe gauche il y a huit ans. Pendant quatre ans, nous avons pu diriger le traitement orthopédique, et nous l'avons laissée avec un raccourcissement réel de six centimètres et apparent de deux centimètres. Le membre était dans l'abduction, et le bassin abaissé de quatre centimètres du côté opéré. Nous avons ordonné, bien que l'ankylose fibreuse parût déjà effectuée, de continuer la traction la nuit, et le port de l'appareil à vis abductrice, pendant le jour. Notre conseil ne fut pas suivi; quand nous l'avons revue, elle était dans l'état suivant : la hanche du côté malade était remontée à six centimètres au-dessus de l'autre; le fémur en adduction était tellement porté en dedans que la ligne ombilico-pubienne prolongée le coupait à trois centimètres au-dessus de l'angle supérieur de la rotule; il y avait huit centimètres de raccourcissement réel et quatorze de raccourcissement apparent. »

Parmi les observations publiées dernièrement par M. Vincent de Lyon, nous n'avons que l'embaras du choix; citons-en deux : 1^o la première a trait à une résection pratiquée chez une jeune fille de onze ans; voici l'état de la malade dix ans après : il existe encore une fistule; flexion de la cuisse 130 degrés, adduction très prononcée : la ligne

sterno-ombilico-pubienne tombée à huit centimètres en dehors de la malléole externe; genu valgum de compensation; raccourcissement fonctionnel de dix à quatorze centimètres; marche avec une béquille.

2° Il s'agit d'une fillette de sept ans réséquée au mois d'octobre 1888.

L'état de la malade au mois de février 1892 est le suivant : persistance d'une fistule, pas d'ankylose, la malade marche avec deux béquilles.

Ces résultats concordent parfaitement avec ceux qu'il nous a été donné de voir personnellement à Berck. Sur quatre réséqués que nous avons trouvés dans notre service, trois avaient des fistules, bien que l'opération eût été pratiquée depuis fort longtemps. Nous trouverons ces observations plus loin, à propos du traitement conservateur des fistules; nous verrons que les résultats orthopédiques n'ont pas été très brillants non plus. Le seul qui n'eût pas de fistule est parti avec deux béquilles.

En résumé, nous voyons que la résection est loin d'être inoffensive au point de vue vital, que la guérison locale après l'intervention n'est pas la règle, puisque, bien souvent, on se voit forcé d'abandonner le malade avec des fistules ou de pratiquer la désarticulation de la hanche; et enfin que le résultat orthopédique est trop souvent mauvais, lamentable même dans les cas où la résection n'a pas été suivie

d'un traitement postopératoire toujours pénible par lui-même et par sa longue durée.

Pour conseiller en connaissance de cause une pareille opération, il faut nécessairement que tout espoir d'arriver à la guérison autrement ait disparu.

Il est vrai que c'est à titre de ressource ultime que cette opération se pratique généralement de nos jours. Mais comment se fait-il que, d'accord sur le principe, on ne le soit plus en fait? Ainsi M. Vincent (qu'il nous excuse de le citer si souvent, mais nulle part nous n'avons trouvé, sur la question qui nous occupe, des documents aussi complets, aussi consciencieux et aussi instructifs que ceux qu'il vient de publier).

Ainsi M. Vincent, disons-nous, qui soutient comme notre maître, M. Calot, qu'il ne faut réséquer que lorsqu'il n'y a pas moyen de faire autrement, arrive à réunir 46 résections personnelles faites dans l'espace de quelques années, alors que notre maître n'en a pas fait une seule depuis deux ans, lui qui a des centaines de coxalgiques à soigner. Et qu'on ne dise pas que si M. Calot ne résèque pas plus souvent, c'est qu'il laisse mourir des enfants que l'opération eût pu sauver. Pas un seul enfant n'est mort de coxalgie dans notre service pendant les treize mois que nous avons passés à Berck.

Si certains chirurgiens, tout en se disant conservateurs, résèquent assez souvent, c'est qu'ils se mettent dans la nécessité de le faire, comme l'a dit excellemment notre maître, ou c'est qu'ils croient l'intervention nécessaire dans bien des cas où des moyens beaucoup plus simples conduisent aussi sûrement au même résultat.

C'est pour l'une des deux raisons ou pour les deux à la fois que MM. Ollier et Vincent en arrivent souvent à réséquer des coxalgiques qui leur avaient été confiés avant la période fistuleuse, alors que dans ces conditions nous ne nous voyons jamais dans l'obligation de le faire.

Dès qu'ils voient apparaître un abcès, ils l'ouvrent, et comme, à la suite, l'abcès s'infecte assez souvent, que la fièvre survient, ils se croient acculés à la résection qui leur paraît être la dernière planche de salut. Mais après ce que nous avons dit sur la toute-puissance des ponctions et injections modificatrices pour la guérison des abcès, ne voit-on pas qu'en ouvrant l'abcès, ces chirurgiens transforment comme de gaité de cœur une coxalgie simple en une coxalgie fistuleuse et, de ce fait, l'aggravent considérablement par leur propre faute.

Quant aux indications de la résection, nous allons voir combien, à les en croire, elles seraient multiples et combien peu elles se justifient par les raisons qu'ils nous en donnent.

« Il est certains cas, dit M. Ollier, où il faut opérer sans qu'il y ait suppuration, c'est lorsqu'on se trouve en présence de ces ostéoarthrites douloureuses qui s'accompagnent d'exacerbation nocturne et qui restent toujours sensibles au moindre mouvement, à la moindre pression, malgré les bandages d'immobilisation. La persistance des douleurs indique des foyers intra-osseux que la résection pourra seule supprimer. »

Pour plusieurs raisons nous nous permettons de ne pas admettre cette manière de voir de M. Ollier.

D'abord les coxalgiques qui, une fois en traitement, continuent à souffrir, sont extrêmement rares à Berck. A peine sont-ils immobilisés dans un appareil plâtré bien fait, que nous voyons leurs douleurs disparaître; et nous pourrions rapporter plusieurs observations à l'appui de ce fait.

Nous n'avons observé qu'un seul cas où les douleurs aient persisté malgré l'immobilisation dans notre appareil, encore est-on parvenu à les calmer au bout d'un certain temps en changeant plusieurs fois le plâtre qui ne réalisait probablement pas une immobilisation absolue; et le petit malade a fini par guérir de sa coxalgie, puis par partir avec une jambe en bon état.

M. Calot dit n'avoir observé sur plusieurs centaines de coxalgies que deux cas où les douleurs aient encore persisté pendant la nuit, atténuées ce-

pendant, malgré l'appareil plâtré; les deux cas ont fini par guérir sans qu'il fût besoin d'avoir recours à une opération. Et les malades doivent savoir gré aujourd'hui à leur médecin de ne pas leur avoir épargné, au prix d'une infirmité permanente, quelques souffrances passagères.

Si d'autres chirurgiens rencontrent plus fréquemment ces formes douloureuses, c'est qu'ils immobilisent mal la jointure; il faut bien se pénétrer de cette vérité, sous peine de faire de grandes opérations quand un appareil immobilisateur suffit.

Si l'enfant souffre malgré son grand appareil plâtré, c'est que ce dernier est mal fait et, au lieu de réséquer, il vaut mieux le recommencer; on finira par calmer les douleurs et par laisser une jambe utile, comme cela est arrivé dans les deux cas de M. Calot et dans le nôtre.

Mais à supposer même que ces douleurs tiennent à un foyer intra-osseux, comme le pense le professeur Ollier, nous nous demandons comment il faudrait procéder pendant l'acte opératoire, puisque s'agissant d'un foyer intra-osseux, on ne voit pas le corps du délit. Où va-t-on le chercher? Doit-on enlever aveuglément d'un seul trait de scie, tête, col et grand trochanter? Faut-il perforer l'os iliaque de part en part et dans toutes les directions, si le foyer intra-osseux ne s'est pas trouvé par hasard dans le plan de section du fémur? est-il préférable,

au contraire, d'enlever lamelle par lamelle, tête, col, etc., jusqu'à ce qu'on tombe sur le foyer cherché ?

Est-il donc si sûr que cette lésion intra-osseuse incriminée, admise par tous, existe ; en tout cas, qu'elle doive être rendue responsable des méfaits dont on l'accuse ?

Il nous semble que si la présence d'un foyer intra-osseux était la cause de ces douleurs, les formes de coxalgie en question seraient infiniment plus fréquentes qu'elles ne le sont en réalité.

Sur quinze résections faites par M. Ollier, on trouve quatre fois des lésions exclusivement centrales, et deux fois des lésions à la fois centrales et périphériques. M. Ollier a-t-il eu affaire, dans ces six cas, à des formes douloureuses ? Nous ne le pensons pas. Nous ajouterons qu'il n'est pas bien sûr qu'il n'ait pas existé dans plusieurs autres cas encore quelque foyer central dans les parties osseuses restées en place.

La proportion élevée des lésions centrales, peu en rapport avec la rareté des formes douloureuses qu'on observe à Berck, nous oblige à rejeter l'hypothèse émise par M. Ollier.

Nous nous demandons en outre pourquoi une petite lésion centrale donnerait lieu à de violentes douleurs. Ne sait-on pas, depuis les travaux de Lannelongue et de Volkmann, que, presque toujours,

la coxalgie débute par des lésions osseuses périphériques ou centrales, et que, loin de donner toujours lieu à des douleurs intolérables, elle reste généralement latente pendant bien longtemps ?

Il est bien plus probable que la douleur provient de l'inflammation et de la destruction des éléments articulaires, osseux ou non, et il n'y a pas de raison, suivant nous, de faire une séparation absolue entre les formes douloureuses et non douloureuses ; la coxalgie, comme bien d'autres maladies, fait souffrir, tantôt plus, tantôt moins, et l'élément douleur ne justifie pas une différence de traitement aussi importante.

En second lieu, M. Ollier et ses élèves croient devoir réséquer, quand une coxalgie avec abcès fermé ne guérit pas à la suite de l'incision et du drainage de l'abcès, suivis ou non de l'arthrotomie. « L'insuffisance des moyens conservateurs (incision, drainage, arthrotomie), dit M. Vincent, devient la preuve clinique qu'il faut faire la résection. »

Si, en procédant ainsi, ces auteurs peuvent dire qu'ils ne résèquent pas d'emblée les coxalgies avec abcès, nous qui savons ce qui va en advenir de ces coxalgies suppurées ainsi ouvertes, nous avons le droit de penser qu'ils y arrivent tout de même.

En effet, il est évident que si la résection, à elle seule, est déjà insuffisante pour amener la guérison d'une coxalgie compliquée d'abcès, l'ouverture, le

drainage de l'abcès et l'arthrotomie le doivent être à plus forte raison. Donc, procéder comme le fait M. Vincent, c'est-à-dire prendre comme pierre de touche de la guérison possible, sans résection, les moyens qu'il indique, c'est dire qu'à quelques rares exceptions près, toute coxalgie avec abcès donnera lieu à une résection.

Parcourons, au hasard, quelques-unes de ses observations, et nous verrons que nous n'exagérons pas.

OBSERVATION I

Jeune fille de 11 ans; entre à l'hôpital un mois et demi après le début de sa maladie.

Tableau clinique d'une coxalgie au début; pas trace d'abcès.

On met l'enfant au lit et on lui applique plusieurs vésicatoires.

Il survient rapidement un abcès, qu'on ouvre au moyen de thermo-cautère, on draine et on immobilise l'articulation par l'attelle plâtrée d'Ollier.

Au bout d'un mois et demi, on enlève les drains et on immobilise dans un bandage silicaté.

Quelques jours après, les incisions sont presque cicatrisées, sauf les trajets fistuleux; mais, en introduisant à travers les fistules un stylet, on sent que la tête et la cavité cotyloïde sont altérées. Aussitôt, on pratique la résection.

Voici donc une jeune fille qui, au moment où elle est confiée aux soins du chirurgien, présente le tableau clinique d'une coxalgie au début sans trace d'abcès et finit cependant par être réséquée. Il y a beaucoup de chance pour qu'on ne fût pas arrivé à cette extrémité si, dès l'arrivée de l'enfant, on l'avait mise dans un grand appareil plâtré, au lieu de lui appliquer des vésicatoires. Si, malgré l'appareil, l'abcès s'était formé, on en serait probablement venu à bout avec les ponctions et les injections. Mais même après l'ouverture de l'abcès, pourquoi avoir réséqué, puisque tout marcha bien, et que M. Vincent supposait lui-même la guérison prochaine, avant l'introduction du stylet, qui fit constater des lésions osseuses? Qu'y avait-il de si extraordinaire à cela? Les lésions osseuses ne sont-elles donc pas constantes dans la coxalgie? M. Vincent croit son opération justifiée de par l'examen des pièces anatomiques. Trouvant une perforation de l'acétabulum, il a l'air de dire qu'il a bien fait de réséquer, les lésions trouvées prouvant surabondamment que la maladie n'eût pas guéri autrement.

Si cette trouvaille anatomique pouvait démontrer quelque chose, ce serait juste le contraire, et nous nous appuierions volontiers sur cette observation de M. Vincent pour démontrer que les coxalgies, alors même que la hanche est arrivée à un état de

délabrement extrême, peuvent guérir presque spontanément et malgré un traitement irrationnel.

D'ailleurs si les altérations profondes et étendues de la hanche ne pouvaient guérir sans résection, il faudrait admettre que les coxalgies avec abcès traitées par M. Calot et nous-même systématiquement par les injections, ont été des cas exceptionnellement bénins, puisque la guérison sans opération a été la règle. Cette hypothèse est-elle admissible? Les cas bénins seraient-ils l'apanage de certaines régions et les cas graves se rencontreraient-ils de préférence dans d'autres?

Mais à supposer que parmi les coxalgies accompagnées d'abcès il y en ait dont les altérations étendues nécessiteraient la résection, comment reconnaître ces cas avant l'intervention? La preuve que la destruction même étendue des os n'est pas une raison pour ne pas chercher la guérison par le traitement conservateur, c'est le mal de Pott qui nous la fournit. Certes personne n'oserait prétendre qu'il n'existât pas des destructions osseuses considérables dans ces tuberculoses vertébrales accompagnées d'énormes gibbosités. Cette affection n'en guérit-elle pas moins? Quand un abcès paraît, ne suffit-il pas de le ponctionner et de le traiter par les injections modificatrices pour le voir disparaître? N'y a-t-il donc jamais eu destruction osseuse dans

les 50 abcès par congestion d'origine vertébrale, guéris, signalés précédemment?

Donc, pour en revenir à l'observation de M. Vincent, nous pourrions presque affirmer qu'elle ne figurerait pas chez nous dans le chapitre des réséqués.

OBSERVATION II

Enfant de trois ans ; coxalgie compliquée d'abcès fessier ; luxation.

Traitement : Arthrotomie, le 14 mars.

29 juin : la plaie ne s'étant pas fermée on résèque.

Dans ce cas encore, on aurait dû essayer les injections au lieu de faire l'arthrotomie ; et l'arthrotomie une fois faite, pourquoi a-t-on réséqué ?

Ce n'est pas parce que la vie du malade a été en danger par suite d'une fièvre élevée et persistante, ou par l'abondance de la suppuration, c'est simplement parce que l'arthrotomie n'a pu guérir en trois mois les lésions existantes. C'était cependant là un résultat facile à prévoir. Par quel miracle, en effet, l'ouverture d'une articulation peut-elle faire disparaître des lésions osseuses souvent très accusées ? Et la résection elle-même, a-t-elle amené une guérison immédiate ? L'observation ne nous apprend-elle pas que la suppuration a survécu huit mois à l'opération ; pourquoi avoir été plus patient après la résection qu'on ne l'a été après l'arthrotomie ?

OBSERVATION III

Jeune fille de 7 ans et demi, entre à l'hôpital le 28 juin 1888 ; coxalgie gauche datant de deux mois et demi ; pas trace d'abcès ; on redresse la jambe sous-chlorforme et on applique un appareil silicaté.

23 octobre : on enlève le silicate ; on constate un abcès dans le triangle de Scapa ; on l'incise ; il s'écoule une grande quantité de pus ; séance tenante on pratique la résection.

OBSERVATION IV

Garçon de 6 ans ; entre à l'hôpital le 19 avril 1888, pour coxalgie droite à son début ; pas d'abcès ; application de pointes de feu et appareil silicaté.

17 septembre : abcès qu'on ponctionne.

15 octobre : le pus s'est reformé. Arthrotomie ; drainage, curettage.

26 décembre : il s'est formé un second abcès à la partie supérieure de la cuisse ; on pratique la résection.

OBSERVATION V

Petite fille de 4 ans et demi ; entre à l'hôpital le 25 juin 1885 avec coxalgie gauche, datant d'un an ; on redresse la jambe, on applique un appareil silicaté.

14 octobre, abcès profond dans la région inguinale ; résection.

OBSERVATION VI

Garçon de 4 ans et demi; entre à l'hôpital le 18 octobre 1888, avec coxalgie au début; petit redressement et appareil silicaté;

7 juin 1890 : on enlève l'appareil silicaté et on trouve le membre en flexion légère, adduction et rotation en dehors; grand abcès au pli de l'aîne; le toucher rectal montre que l'abcès se prolonge dans le bassin.

On fait la résection.

OBSERVATION VII

Garçon de 11 ans; entre le 2 janvier 1891, pour une coxalgie gauche datant de 5 mois; empâtement de la région de la hanche; résection.

Nous pourrions multiplier ces observations, mais qui en a lu une les connaît toutes; toujours l'on suit selon nous les mêmes errements.

On immobilise imparfaitement la hanche malade, au point que dans l'un des cas que nous venons de citer, la jambe a pu prendre une attitude vicieuse sous le silicate. Par suite de cette immobilisation incomplète, les abcès surviennent plus fréquemment qu'ils ne le font dans les conditions inverses, ce que nous avons déjà fait remarquer dans le premier chapitre.

On s'acharne en outre à vouloir guérir ces abcès et les lésions osseuses dont ils émanent, par l'ouverture des collections purulentes, suivie ou non d'arthrotomie et de résection, ou bien par cette dernière opération faite d'emblée. L'échec de la méthode conservatrice, telle que l'entendent MM. Ollier et Vincent, ne prouve donc nullement qu'il n'y a de salut que dans une grande intervention.

« Il faut réséquer encore, dit M. Ollier, quand il existe des lésions acétabulaires; si on ne le fait pas, le malade succombe inévitablement ».

Il est bien heureux pour les coxalgiques que tous les chirurgiens ne partagent pas cette manière de voir du professeur Ollier; autrement, vu la fréquence de ces lésions, très peu échapperaient à l'opération.

Haberen, analysant 132 résections, trouve 50 fois des lésions étendues de l'acétabulum; 7 fois des lésions acétabulaires et fémorales.

Ollier est frappé lui-même de la fréquence des coxalgies acétabulaires; sur 30 pièces où les lésions paraissent avoir été primitives, il en trouve 15 à origine fémorale, 15 à origine acétabulaire.

Good a trouvé la cavité cotyloïde malade dix-sept fois sur vingt.

Dhourdin dit qu'il a vu à l'hôpital de Berck vingt-six résections et que presque toujours l'acétabulum était intéressé en même temps que le fémur.

On voit par ces statistiques combien les lésions

acétabulaires sont fréquentes, au moins à une période quelque peu avancée de la maladie.

Quant à l'hypothèse émise par M. Ollier, à savoir que, si l'on trouve si fréquemment des lésions acétabulaires au cours de la résection, c'est que ces lésions guérissant moins fréquemment par les méthodes conservatrices, donnent plus souvent lieu à la résection, elle n'est que gratuite.

Donc, si lésion acétabulaire équivalait à résection, la coxalgie elle-même serait près d'avoir la même signification fâcheuse.

Mais à supposer que ces formes, fréquentes ou non, dussent être traitées par la résection, il faudrait encore pouvoir les reconnaître. Or, à part le toucher rectal, qui ne fournit de renseignements utiles que dans le cas de lésions acétabulaires très avancées, à part l'apparition d'un abcès pelvien, il n'existe aucun signe révélateur de quelque valeur, qui permette de les dépister à coup sûr. Ces difficultés pratiques mises à part, importe-t-il réellement de résectionner dans ces cas-là? Nous ne le pensons pas. Si la résection, d'une façon générale, donne déjà les résultats peu brillants qu'on sait, tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que le pronostic des résections faites pour coxalgies acétabulaires quelque peu avancées, est encore infiniment plus grave, au point que beaucoup de chirurgiens trouvent dans la présence même de ces lésions une contre-

indication formelle à la résection. Si MM. Ollier, Vincent et Cazin soutiennent au contraire que ces formes acétabulaires doivent donner lieu à la résection immédiate, ce n'est pas qu'ils se fassent illusion sur le résultat qu'ils peuvent en attendre, c'est parce qu'ils ne voient, en dehors de cette intervention, aucun espoir de sauver le malade.

Après ce que nous avons dit sur la résection en général, il nous est facile de comprendre pourquoi les lésions prononcées de l'acétabulum doivent si rarement céder à cette opération. On a beau perforer l'os iliaque, peut-on réellement avoir la prétention d'enlever toutes les fongosités qui tapissent le bassin quand il y a abcès pelvien ? bien souvent d'ailleurs, pour ne pas laisser de parties osseuses suspectes, il faudrait retrancher la moitié du bassin, ce qui, dans bien des cas encore, ne suffirait pas. Les résultats malheureux obtenus par Cazin dans les résections acétabulaires ne sont donc nullement pour nous surprendre. Parmi les vingt-six cas consignés dans la thèse de Dhourdin, qui tous ne rentrent même pas dans le groupe des coxalgies acétabulaires, on signale quatre guérisons seulement, les autres cas se sont terminés par la mort ou par des fistules permanentes. Aussi, en présence de pareils résultats, quels singuliers arguments Dhourdin se voit réduit à chercher pour défendre quand même la méthode de son maître :

« La résection de la branche, dit-il, n'aurait-elle dans bien des cas pour unique résultat que de faire cesser les douleurs qui souvent épuisent le malade, devrait encore être pratiquée », et, un peu plus loin : « Une des causes qui nous paraissent surtout plaider en faveur de la résection, c'est qu'elle laisse aux malades un membre plus utile que celui que laisse la guérison spontanée; après la guérison spontanée, le membre est presque toujours fléchi sur le bassin, croisé plus ou moins sur la cuisse saine, raccourci par la luxation, immobilisé par l'ankylose, et ne rend aucun service au malade. » Il nous semble que ce plaidoyer de Dhourdin en faveur de la résection fait plus pour la discréditer que ne pourrait le faire toute notre critique. Si la résection n'avait pour but que de calmer les douleurs du malade et de lui laisser une bonne jambe, il nous semble qu'il ne se serait pas trouvé beaucoup de chirurgiens pour la faire.

On pourrait nous répondre, il est vrai, que les résultats de la résection, tout en étant peu satisfaisants, sont supérieurs toutefois à ceux qu'on obtient par les moyens conservateurs. On aurait raison, en ce sens que la méthode conservatrice telle que l'entendent M. Ollier et ses élèves, donne réellement des résultats encore plus fâcheux, si possible, que la résection elle-même. Nous avons déjà vu au cours de ce travail que M. Ollier entend, par

moyens conservateurs, l'ouverture large des abcès et l'arthrotomie. Nous avons pu nous convaincre, par les observations citées de M. Vincent, de l'inefficacité de ce système de traitement. Que la mort soit bien souvent la conséquence d'une coxalgie avec abcès pelvien, traité par la méthode conservatrice de M. Vincent, il n'y a là rien qui doive nous surprendre; toutes les perforations possibles et imaginables du bassin n'empêcheront pas la membrane de l'abcès pelvien de continuer à fournir indéfiniment du pus, et à s'infecter à la longue.

Mais, de ce que l'incision de l'abcès et l'arthrotomie donnent lieu à des désastres, il ne s'ensuit nullement que les moyens conservateurs en général soient à rejeter. Nous prétendons que la coxalgie acétabulaire peut guérir et guérit par la vraie méthode conservatrice, et que la résection est inutile. Rien ne serait plus illogique que d'admettre la possibilité de la guérison des lésions tuberculeuses de l'extrémité supérieure du fémur, sans le secours d'une intervention chirurgicale, et de prétendre que ces lésions ne peuvent être arrêtées dans leur développement, sans résection; quand elles siègent dans la cavité cotyloïde.

En fait, les coxalgies soignées dès le début guérissent, que la tuberculose se soit cantonnée primitivement dans la tête fémorale ou dans l'acétabulum. Vu la fréquence des lésions acétabulaires, il serait

absurde de prétendre que, sur les centaines de cas de coxo-tuberculoses, traités et guéris sans résection par M. Calot depuis quelques années, il ne s'en fût pas trouvé de formes acétabulaires. Et la guérison ne s'obtient pas seulement dans les cas légers, mais encore dans ceux qui se compliquent de suppuration. Lorsque l'abcès existe, il suffit de le traiter comme un abcès quelconque, par les ponctions et les injections, pour le voir disparaître. Quand on a affaire à un abcès ouvert et infecté, la guérison est évidemment beaucoup plus difficile à obtenir, mais la difficulté tient à l'infection, et est la même quand il s'agit de la forme fémorale. Mais même dans ces cas-là, la guérison s'obtient encore, et nous donnerons plus loin une observation qui le prouve.

Nous ne reconnaissons guère qu'un facteur de gravité en plus à la coxalgie acétabulaire, c'est la possibilité de l'ouverture de l'abcès pelvien dans la vessie ou le rectum.

Mais ces cas sont tout à fait exceptionnels si l'on traite les abcès de bonne heure par la méthode des injections. Nous ferons remarquer que la résection n'a même pas pour elle cette mauvaise chance en moins. Nous avons dans notre service une réséquée chez laquelle il s'est établi une fistule vésicale malgré et après l'intervention.

Enfin, nous dit M. Ollier, « quand il y a des sé-

questres au centre des os ou dans les parties profondes de l'articulation, la guérison ne peut se faire que par l'élimination de ces produits, c'est-à-dire la résection. »

M. Ollier nous renseigne lui-même sur le moyen de reconnaître ces séquestres : « Ce qui, dit-il, en dehors de l'analyse des symptômes et de l'examen direct, nous fera diagnostiquer ces formes, c'est l'insuffisance des moyens conservateurs, la persistance des douleurs et l'aggravation des accidents après l'ouverture antiseptique du foyer. »

Or, par les observations déjà citées de Vincent, nous avons vu la fréquence de la persistance de la suppuration après l'ouverture des abcès et l'arthrotomie. Si le critérium d'Ollier avait été juste, on aurait dû trouver des séquestres dans tous ces cas, et il n'en a pas été ainsi.

Quant à l'analyse des symptômes et à l'examen direct dont il parle, ce sont des signes révélateurs pour le moins aussi trompeurs.

Quoi qu'il en soit, nous ne nous sommes jamais demandé, à Berck, s'il existait ou s'il n'existait pas de séquestres, et les malades ont guéri au moyen de l'appareil plâtré et du procédé des ponctions.

La guérison n'est-elle pas la règle pour le mal de Pott bien traité, alors que les vastes délabrements qu'indiquent les gibbosités sont souvent bien riches en séquestres ?

Comment peut-on s'expliquer la possibilité de la guérison dans ces cas sans l'extraction où l'expulsion spontanée de ces séquestres ?

Nous pensons que les injections modificatrices répétées transforment la partie osseuse détachée en un corps étranger aseptique. Or, une balle aseptique ne peut-elle pas rester indéfiniment dans nos tissus sans donner lieu à de la suppuration ? Notre organisme ne s'accommode-t-il pas parfaitement de la soie aseptique avec laquelle on lie les vaisseaux ? L'os décalcifié, par lequel on remplace quelquefois un os mort, est-il autre chose qu'un séquestre aseptique ?

Il est vrai que, dans les cas de coxalgies fistuleuses infectées, il est souvent bien difficile de rendre aseptique le séquestre envahi par les microbes pyogènes ; mais, dans ces cas, l'infection n'est pas localisée au seul séquestre, elle a gagné tous les éléments articulaires et, pour peu que l'opération laisse en place la moindre parcelle malade, la résection la plus large n'amènera pas la guérison ; souvent, elle aura pour effet de disséminer les germes et de donner naissance à des foyers d'infection secondaires.

Donc, la présence d'un séquestre, infecté ou non, n'impose nullement la résection. L'arthrotomie, suivie de l'extraction du corps étranger, rendra les mêmes services sans faire courir les mêmes risques.

« Il faut réséquer d'emblée, dit le professeur Ollier, et sans autre tentative les sujets dont l'état est déjà grave avant l'ouverture des abcès ». Que faut-il penser de cette nouvelle indication ?

D'abord, nous croyons avoir montré, dans la première partie de notre travail, que l'abcès fermé n'est pas la cause du mauvais état général, que la déchéance de l'organisme et l'apparition de la suppuration marchent de pair et que, s'il y avait quelque relation de cause à effet à établir, ce serait plutôt dans le sens inverse à celui qu'on admet généralement.

Il nous semble que réséquer un sujet déjà profondément débilité, c'est s'exposer à le perdre pendant l'acte opératoire ou au cours de la longue période de suppuration postopératoire qui ne fait jamais défaut; c'est en tout cas intervenir avec le minimum de chances de succès. N'est-il pas beaucoup plus rationnel de guérir l'abcès par de simples ponctions et injections ?

Et qu'on ne nous objecte pas que l'état grave du malade nécessite une guérison rapide que les ponctions ne peuvent lui assurer; nous répondrions que la résection n'est pas plus en l'état de le faire.

D'ailleurs, le coxalgique avec abcès fermé n'est jamais malade au point qu'il ne puisse attendre tranquillement le résultat des injections; pour peu

qu'il soit placé dans de bonnes conditions, on verra rapidement l'état général s'améliorer.

Si nous avons suivi le conseil d'Ollier, la jeune Irma, dont nous avons succinctement rapporté l'observation, serait peut-être estropiée aujourd'hui, alors qu'elle a parfaitement guéri sans opération.

Reste une dernière indication de la résection : la présence de fistules quelque peu rebelles. Même dans ces conditions, nous croyons qu'on peut arriver à la guérison sans grande intervention. Au lieu d'enlever les parties intéressées avec l'instrument tranchant, nous chercherons à les détruire sur place au moyen de liquides réputés destructeurs des éléments tuberculeux, que nous porterons sur les foyers malades en suivant la voie des fistules. Cette petite opération, absolument inoffensive puisqu'elle n'est en somme qu'un simple pansement, peut être répétée sans inconvénient jusqu'à ce que les derniers éléments morbides aient disparu. Nous n'avons recours au bistouri que pour favoriser, dans les cas où cela est nécessaire, l'introduction de ces liquides au sein des éléments malades, ou pour faire écouler le pus déjà infecté, retenu dans quelque poche. C'est dire que l'intervention sanglante ne joue qu'un rôle tout à fait accessoire chez nous, et qu'elle n'a pour but que de faciliter la tâche de la méthode des injections.

Avant d'entreprendre la description de cette mé-

thode, nous allons nous étendre un peu sur les différents liquides modificateurs dont nous nous sommes servis.

Naphtol camphré.

Celui dont nous avons fait le plus souvent usage, c'est le naphtol camphré. La clinique, aussi bien que les expériences de laboratoire, ont montré l'efficacité de cet agent contre les éléments tuberculeux. M. Calot lui doit le plus grand nombre de ses succès.

Maximowilh conclut de ses expériences que les bacilles de la tuberculose sont incapables de revivre dans un milieu pur lorsqu'on les a laissés séjourner pendant quinze ou vingt minutes dans du bouillon ordinaire contenant 0 gr. 50 centigr. par litre de naphtol β .

Il est établi aujourd'hui de par des centaines d'observations que le naphtol injecté dans un abcès par congestion amène la guérison de ce dernier. N'est-il pas évident que si la poche purulente symptomatique a disparu, c'est que la lésion osseuse ou articulaire dont elle tire son origine est elle-même guérie ? S'il en était autrement, l'abcès se reproduirait rapidement, ce qu'on ne voit qu'exceptionnellement.

Comment agit ce liquide ? Il désagrège les fongosités, il les détache de la face interne de la poche sur laquelle elles s'insèrent. Quand, quelques jours après avoir injecté du naphtol dans un abcès, on retire le

pus par une ponction, on trouve en général un liquide épais, dans lequel nagent de nombreuses fongosités. Au bout d'un nombre plus ou moins considérable d'injections, les fongosités ont toutes disparu. Nous avons pu vérifier ce fait chez l'une de nos malades (voy. obs. Georgette) chez laquelle on dut ouvrir un abcès traité depuis quelque temps déjà par le naphtol ; la face interne de la membrane tuberculogène était légèrement grenue, presque partout lisse et rosée. On ne trouva de fongosités que dans quelques petits trajets diverticulaires où le naphtol n'avait pu pénétrer. Pareils faits ont été observés déjà par d'autres auteurs.

Le naphtol camphré a une autre action encore. Il produit une inflammation assez vive des tissus au contact desquels il se trouve. On ponctionne un abcès tuberculeux. Supposons qu'on en retire trente grammes de pus. On injecte quelques grammes de naphtol. A la prochaine ponction, ce ne sera plus trente, mais soixante grammes peut-être ou davantage qu'on évacuera. Cette augmentation du contenu de la poche ne tient pas seulement comme on pourrait le croire au plus grand nombre de fongosités éliminées ; elle est due en grande partie au liquide inflammatoire produit par le naphtol ; et la preuve en est que, si l'on répète indéfiniment les injections, on retirera toujours du liquide. C'est pour cette raison qu'il faut cesser les injections à un moment

donné, sous peine de ne pas voir survenir la guérison de l'abcès et d'accuser la méthode d'échecs qui ne seraient dus qu'à l'inexpérience de l'opérateur. Cette action inflammatoire a pour résultat de transformer à la longue les éléments conjonctifs en un tissu dur, fibreux qui, non seulement étouffera les tubercules embryonnaires, mais encore offrira dorénavant une résistance énergique à une poussée offensive du bacille. Grâce aussi à cette inflammation, les parois de la poche peuvent s'accoler quand on les y aide en les rapprochant l'une de l'autre par une forte compression, faite au moment où l'on juge les fongosités déjà mortifiées éliminées. Injecté dans une articulation remplie de fongosités caséifiées, le naphtol fera tomber les fongosités synoviales et osseuses, transformera les follicules embryonnaires en tubercules fibreux, puis en produisant une synovite et une ostéite franche, donnera naissance à des tractus fibreux qui cloisonneront la cavité articulaire et amèneront la guérison par ankylose fibreuse.

L'action du naphtol nous rend compte d'un fait qu'on observe fréquemment quand on fait usage de ce liquide en injections dans les abcès par congestion, à savoir leur indépendance de l'articulation dont ils étaient tout d'abord un diverticule. L'un des premiers effets des injections de naphtol dans un abcès symptomatique est de le rendre indépendant. En effet, pour que l'abcès puisse guérir, il faut

d'abord que la source du mal soit détruite. La maladie guérissant des parties profondes vers les parties superficielles, il doit nécessairement arriver un moment où l'abcès est séparé de son foyer d'origine.

L'action du naphthol nous explique encore cette autre particularité, à savoir la fréquence relative des interventions sanglantes heureuses (résections, arthrotomies, extirpations d'abcès), dans les cas où les abcès symptomatiques avaient été traités antérieurement par les injections de naphthol ou d'un liquide modificateur analogue. Procédant ainsi, il n'est pas rare qu'on obtienne des réunions par première intention, et l'on proclame l'efficacité de ces opérations, alors qu'en réalité presque tout le mérite des guérisons obtenues revient au liquide modificateur dont l'emploi plus persévérant ou plus éclairé eût sans doute amené à lui seul l'heureuse terminaison.

Nous nous rappelons à ce propos une observation de M. Calot, qui a fait l'objet d'une communication à la Société de chirurgie. Il s'agissait d'un coxalgique adulte, qui fut traité pendant un an par M. Nélaton et notre maître par des injections de naphthol et de glycérine iodoformée. L'abcès mesurait 42 centimètres sur son plus grand diamètre, s'étendant de la crête iliaque au genou. Il avait un contenu de plus de trois litres. L'extirpation radicale l'a guéri en dix jours. Faisons remarquer que

l'intervention montra que l'abcès était indépendant de la jointure. Il est bien probable que c'était là un premier effet des injections; le naphtol, tout en n'ayant pas amené la guérison, n'a donc pas été inutile, puisqu'il a guéri l'arthrite et rendu possible une intervention sanglante avec chance de succès, sans porter atteinte à la fonction du membre, la résection ayant pu être évitée.

Est-il possible de reconnaître le moment où un abcès traité par le naphtol est suffisamment modifié, et où il faut cesser les injections? Nous ne le croyons pas. Depuis quelque temps, cependant, M. Calot fait, systématiquement, cinq à six injections très rapprochées, suivies de compression, et obtient ainsi presque toujours la guérison.

Il arrive quelquefois qu'après une série d'injections on voit apparaître un liquide huileux filant, analogue à de la synovie, qui indique qu'on peut cesser les injections et commencer la compression. Malheureusement, ce fait est exceptionnel, et bien souvent il faut procéder par tâtonnement.

Le naphtol, tout-puissant contre le bacille de Koch, est également un bon antiseptique général. On trouve dans la thèse de Reboul un grand nombre d'observations qui le prouvent. Aucun autre agent ne nous a paru être aussi efficace contre les microbes de la suppuration. Le professeur Bouchard a montré qu'à la dose de 0 gr. 33 pour 1,000 de subs-

tance nutritive le naphtol empêche complètement le développement du staphylocoque aureus et albus. « Je fixe, dit-il, à 0 gr. 40 pour 1,000 la dose à laquelle le naphtol exerce d'une manière évidente son action antiseptique sur un microbe déterminé, le bacille pyocyanique par exemple. »

Il nous reste à établir maintenant un dernier fait : le naphtol est-il oui ou non toxique ? Son emploi risque-t-il de provoquer des empoisonnements ?

Pour M. Bouchard, il est très peu dangereux. Pour tuer un homme il faudrait, suivant lui, près de 250 grammes.

M. Reboul affirme qu'il n'a jamais constaté de phénomènes d'intoxication, et nous ne sachons pas, dit-il, qu'on en ait observé, et, cependant, il a injecté dans certains abcès jusqu'à 100 gr. à la fois.

A l'encontre de l'opinion de MM. Bouchard et Reboul, des faits précis sont venus établir d'une façon certaine la toxicité de ce médicament.

Neisser, en 1881, avait déjà démontré expérimentalement que des lapins pesant 1 kilo succombaient à la suite de l'injection sous-cutanée d'un gramme de naphtol ; que des chiens de 4 kilos mouraient à une dose à peine supérieure (1 gr. 1/2) au milieu de convulsions violentes, et cela dans l'espace de deux à douze heures.

Kaposi relate un cas d'intoxication survenue chez un homme, mais il n'ose attribuer au naphtol les ac-

cidents qu'il a observés. Pour calmer un prurigo, il avait fait deux badigeonnages des extrémités avec du naphtol, et avait vu survenir à la suite des vomissements, de l'ischurie, de l'hématurie, de l'albuminurie et des convulsions éclamptiques.

La première observation d'intoxication par le naphtol, publiée en France, est due à M. Calot et a fait l'objet d'un rapport de M. Nélaton à la Société de chirurgie.

Quelque temps après, M. Ménard publie un second cas, qui s'est terminé par la mort.

Enfin, depuis, on a signalé un grand nombre d'autres cas (Sabouraud, Netter, etc...) survenus à la suite d'injections dans des abcès fermés, dans le péritoine, à la suite de frictions pour des maladies de peau, dont beaucoup se sont terminés par la mort.

M. Calot a eu plusieurs accidents graves qu'il a pu enrayer par l'ouverture immédiate de l'abcès.

Personnellement, nous avons pu nous rendre compte, à trois reprises différentes, des effets terribles de ce médicament.

1° G., Marcel, 13 ans; atteint de coxalgié et de mal de Pott.

A la suite d'une injection de 15 grammes de naphtol au moyen de l'aiguille de l'aspirateur Dieulafoy, dans un abcès fessier, d'origine vertébrale, l'enfant est pris un quart d'heure après de crises épileptiformes intenses et subintrantes, pertes de

connaissance, refroidissement, cyanose, vomissements, pouls filiforme très rapide. Le malade reste dans l'état comateux pendant 8 heures; on finit pourtant par le sauver par l'ouverture immédiate de l'abcès, lavages fréquents de la poche, inhalations d'oxygène, lavements purgatifs, etc... L'albuminurie, qui existait déjà avant, se trouva considérablement augmentée dans la quinzaine qui suivit l'accident, et l'enfant resta pendant longtemps pâle et affaibli.

2° B., Alphonse, 4 ans et demi. Tumeur blanche du genou avec fistule allant dans l'articulation.

A la suite d'une injection de 2 à 3 grammes de naphtol au moyen de l'aiguille Dieulafoy, introduite dans la fistule, l'enfant est pris, quelques secondes après, de toux convulsive, puis de légères convulsions toniques et cloniques des yeux et des muscles de la face. Les convulsions n'envahirent pas les membres. On lave immédiatement l'articulation à grande eau. Les convulsions de la face continuèrent pendant une heure et l'enfant resta dans un état de torpeur dont il ne se réveilla que 6 h. après.

3° Cecas, ayant trait à un jeune homme atteint de tumeur blanche du genou, devant être publié prochainement par notre maître, nous n'en parlons que pour faire observer que ce cas d'intoxication particulièrement grave, produite par l'injection de 10 à 15 grammes de naphtol dans les fongosités

articulaires, au moyen de l'aiguille Dieulafoy, diffère de tous les cas publiés jusqu'aujourd'hui, par l'absence de convulsions.

En nous reportant aux faits publiés, on voit que les accidents se présentent presque toujours sous le même tableau clinique : le malade pâlit, se couvre d'une sueur froide, perd plus ou moins complètement connaissance, mâchonne, puis des convulsions envahissent les muscles des yeux et ceux de la face. Dans les formes légères, les accidents peuvent en rester là, comme cela est arrivé chez le petit B. Alphonse. Mais bien plus souvent, les convulsions se généralisent, envahissent les membres, les muscles du larynx, les muscles respirateurs, le diaphragme et peut-être le muscle cardiaque lui-même. Le malade se refroidit de plus en plus, tombe dans le coma dont il est réveillé de temps à autre par des accès convulsifs. Dans un seul cas nous avons vu les convulsions faire défaut et l'intoxication se manifester seulement par le coma.

Enfin, on a signalé un cas léger où tout s'est borné à une éruption de purpura.

Dans tous les cas cités les accidents se sont produits quelques minutes, une demi-heure au plus, après l'injection. Nous croyons pouvoir en conclure que si une heure au plus après l'injection, le malade n'a rien présenté d'anormal, tout danger d'intoxication aiguë a disparu.

Le naphtol est donc toxique.

Si M. Bouchard est arrivé à des conclusions inverses, c'est par suite d'une interprétation excessive et erronée d'un fait expérimental vrai. Il injecte à un lapin du naphtol camphré ; pour tuer ce lapin qui pèse 1 kilo et demi par exemple, il faut 4 gr. 5 de naphtol, M. Bouchard en conclut que pour détruire à coup sûr 1 kilo de lapin il faut 3 grammes de naphtol, et par un problème d'arithmétique très simple, il arrive à dire que pour tuer un animal de 65 kilos tel que l'homme, il faut 65 fois 3 grammes ou 195 grammes de substance active.

La fausseté de ce raisonnement a été démontrée expérimentalement par Neisser, qui tue un chien de 4 kil. 1/2 par une injection de 1 gr. 5 de naphtol, alors que, suivant les prévisions de Bouchard, il eût fallu une dose beaucoup plus considérable.

On trouverait difficilement un exemple plus frappant pour démontrer les désastres que peut entraîner la méthode expérimentale, quand on veut appliquer à l'homme, sans le contrôle de la clinique, les résultats qu'elle a fournis chez le lapin.

Mais puisque le naphtol est toxique, comment se fait-il qu'il ne le soit pas toujours ? Pourquoi l'est-il entre nos mains, et pas entre celles de M. Reboul ?

On a formulé bien des théories pour résoudre ce problème. On a invoqué l'idiosyncrasie, c'est l'explication qu'on donne toujours quand on n'en a pas.

Cette hypothèse tombe d'ailleurs devant ce fait que les accidents se sont montrés souvent chez des individus qui, les jours précédents, avaient parfaitement supporté le médicament.

D'autres ont dit que le naphтол devient toxique à partir d'une dose donnée, variable avec l'âge, et ils ont indiqué le nombre de grammes qu'il ne faudrait pas dépasser sous peine de faire courir des risques aux malades. La meilleure preuve que cette hypothèse ne donne pas la solution de la question, c'est que les auteurs qui l'émettent ont vu survenir des accidents, tout en restant en deçà des limites par eux tracées. N'a-t-on pas observé des empoisonnements avec des doses minima (3 grammes dans un cas, 1 gr. 5 dans un autre), alors que d'autres fois une injection de 100 grammes resta inoffensive !

D'autres ont accusé la mauvaise qualité du naphтол, son altération. Ce n'est là encore qu'une hypothèse gratuite, ne reposant sur aucun fait précis ; le liquide sortant du même flacon donne des accidents à l'un et reste inoffensif pour un autre.

Enfin on a invoqué le mauvais état général du malade et, en particulier, l'altération rénale ; mais le fait que les accidents surviennent immédiatement alors que le meilleur rein du monde n'eût pas eu le temps encore d'éliminer une partie notable du liquide injecté, nous force à rejeter cette explication, au moins pour les intoxications aiguës graves, les

seules que nous ayons en vue. Dans deux de nos observations personnelles, il s'agissait, du reste, d'enfants bien portants et nullement albuminuriques.

Nous avons donc dû chercher ailleurs la solution de la question; nous croyons l'avoir trouvée, puisque l'hypothèse que nous allons émettre nous paraît concilier tous les éléments du problème, en apparence si contradictoires.

Nous soutenons qu'il y a intoxication chaque fois que le naphtol est introduit directement dans le courant circulatoire, et cela à la dose de 1 gramme à 1 gr. 5 déjà.

On s'explique ainsi les convulsions toxiques qui surviennent à la suite d'une injection intra-péritonéale (Netter), à la suite d'injections dans les fongosités articulaires, à la suite de frictions faites par Sabouraud, sur la peau privée en partie de son épiderme.

Si M. Reboul n'a pas eu d'accidents, malgré l'injection de grandes quantités de naphtol dans les abcès ou dans les articulations, c'est qu'il procède autrement que nous. Il commence par ouvrir largement la collection au bistouri, et c'est alors seulement qu'il introduit le liquide modificateur au moyen d'une seringue en verre. Il met donc ainsi le naphtol au contact d'une poche à parois plus ou moins fibreuses, où l'absorption est à peu près nulle.

Nous-mêmes non plus nous n'avons jamais vu survenir aucun accident dans les centaines d'injections intra-fistulaires que nous avons faites à la manière de Reboul, avec une seringue en verre. C'est que, dans ces conditions, le liquide n'est pas absorbé, ou l'est très lentement, et dans des proportions infinitésimales. C'est pour les mêmes raisons encore que dans la grande majorité des cas l'injection dans un abcès fermé est inoffensive. Si, exceptionnellement, l'empoisonnement survient, c'est que, pour une raison ou pour une autre, le nâphtol pénètre dans le sang. Il se peut, en effet, que la pointe de l'aiguille, au lieu de s'être arrêtée dans le centre de l'abcès, n'ait pas pénétré jusque-là ou soit allée trop loin, et ait traversé la paroi opposée de la poche. Au lieu d'une injection intra-cavitaire qu'on voulait faire, c'est une injection interstitielle qu'on a pratiquée, d'où l'absorption et l'empoisonnement. Exceptionnellement, l'accident pourra peut-être survenir, quoique l'injection ait été bien poussée dans la cavité de la poche, quand, à la suite de manipulations intempestives précédant l'injection, il s'est produit des ruptures de vaisseaux dans des abcès particulièrement riches en fongosités vasculaires.

En manière de conclusions pratiques tirées de notre théorie, nous formulerons les trois règles de conduite suivantes :

1° On peut injecter dans les fistules des doses de

naphtol même élevées, sans avoir à craindre d'accidents, pourvu qu'on se serve de la seringue en verre, avec laquelle on est sûr de faire une injection intracavitaire et non interstitielle ;

2° Quand on fait une injection dans un abcès fermé, il faut bien s'assurer, avant d'introduire le liquide, que la pointe de l'aiguille se meut librement dans la cavité, et s'abstenir momentanément de l'opération quand on craint qu'il ne vienne de se produire la rupture de quelque vaisseau ;

3° Quand on fait une injection interstitielle, soit dans un ganglion, soit dans des fongosités, il ne faut se servir que d'une quantité minime de naphtol (1 gramme au plus à la fois) et encore faut-il être prudent puisque, avec cette dose, M. Calot a vu survenir un accident.

Glycérine et éther iodoformés.

Après le naphtol, c'est l'iodoforme dont nous avons fait le plus souvent usage, sous forme d'éther et de glycérine iodoformés, ces liquides étant généralement considérés comme simples véhicules de l'iodoforme, l'agent actif. Ces deux préparations et, en particulier, l'éther iodoformé, sont de puissants destructeurs du bacille de Koch.

L'éther iodoformé s'est encore révélé comme un bon antiseptique général et nous a souvent rendu de

grands services dans les fistules infectées. On ne peut pas en dire autant de la glycérine.

Cette différence d'action de l'iodoforme, suivant qu'il se trouve incorporé à l'éther ou à la glycérine, nous oblige à nous demander si c'est bien l'iodoforme qui joue le rôle actif dans les deux préparations ; d'autant plus que dans le traitement des plaies tuberculeuses simples ou infectées nous n'avons jamais obtenu par l'application de la poudre d'iodoforme des résultats suffisamment heureux pour nous convaincre de sa grande action. Il y a d'ailleurs déjà longtemps que des expériences de laboratoire, ainsi que des faits cliniques nombreux, ont mis en doute l'action bactéricide manifeste de l'iodoforme.

Rovsing prend du tubercule de lapin et le mélange avec cinq fois environ son volume d'iodoforme. Il introduit ce mélange dans les deux yeux de trois lapins et dans un seul œil de deux autres, l'autre œil recevant du tissu tuberculeux pur non mélangé d'iodoforme. Dans tous les cas, l'inoculation a pour conséquence le développement d'une tuberculose locale qui n'a pas tardé à se généraliser dans tous les tissus. La présence de l'iodoforme n'a semblé, dans aucun cas, retarder le développement de la maladie, ni en diminuer l'intensité.

Tricomi, se basant sur l'expérimentation et la clinique, dit que l'iodoforme a une influence nulle sur les micro-organismes.

Duclaux arrive aux mêmes conclusions.

Il nous semble donc, qu'en présence de l'action si manifeste de la glycérine et de l'éther iodoformés sur les produits tuberculeux ainsi que celle de l'éther iodoformé sur les microbes pyogènes, le rôle actif doit être attribué aux liquides au moins autant qu'à l'iodoforme. L'éther salolé, mentholé et probablement l'éther seul sont tout aussi actifs que ne l'est l'éther iodoformé.

Yersin a prouvé, expérimentalement d'ailleurs, la puissance bactéricide de l'éther; en dix minutes il tuerait le bacille de Koch.

Chantemesse a démontré qu'à chaque injection d'éther iodoformé dans un abcès, le contenu perd ses qualités virulentes.

Injecté dans une fistule ou dans un abcès fermé, il agit par un autre mécanisme encore que par son action bactéricide directe.

On sait que l'éther versé sur la peau s'évapore rapidement et produit un refroidissement du tégument externe assez marqué pour qu'on puisse se servir de ce procédé pour produire une anesthésie locale. Introduit dans la cavité d'un abcès fermé ou ouvert, il se met aussitôt à bouillir, son point d'ébullition ($35^{\circ},6$) étant inférieur à la chaleur qu'il y rencontre. Cette ébullition produit un abaissement de température marqué de la cavité. Or l'on sait, d'après les recherches de Koch, que le bacille de la

tuberculose est extrêmement sensible aux moindres variations de la température, et qu'un abaissement de deux degrés suffit pour arrêter son développement. Cet agent si actif a, de plus, la propriété précieuse de pénétrer partout, grâce à la haute tension de ses vapeurs. Nous nous sommes souvent servi de cette dernière propriété pour faire projeter d'autres liquides, tels que du naphthol, dans des diverticules où le naphthol seul ne pouvait arriver.

Si, au lieu d'ajouter à l'éther de l'iodoforme, on y incorporait du naphthol, du menthol, etc., on augmenterait presque sûrement son action bactéricide.

L'éther n'a qu'un inconvénient, c'est d'être douloureux. La douleur, cependant, est de courte durée et ne persiste pas généralement au-delà de quelques minutes. Les escharres qu'il produit quelquefois sont dues à la trop grande quantité de liquide employé et peuvent, par suite, être évitées.

La glycérine iodoformée agit également par la glycérine peut-être plus que par l'iodoforme. Elle doit son action aux deux mêmes propriétés que nous avons reconnues à l'éther, mais qu'elle possède à un degré bien inférieur.

Moins fréquemment nous avons fait usage d'autres liquides modificateurs encore, tels que les différentes essences (essence de girofle, de térébenthine), la teinture d'iode, le chlorure de zinc, le nitrate d'argent. Tous ces produits sont de puissants anti-

septiques qu'il est souvent bon d'alterner avec les liquides précédents.

Fistules.

Maintenant que nous connaissons les résultats déplorables que nous pouvons attendre de la résection pour guérir les fistules de la coxalgie et que nous savons, d'autre part, qu'il existe des liquides ayant la propriété de tuer sur place les microbes, et en particulier le bacille de Koch, nous sommes en mesure d'instituer le traitement rationnel des fistules.

Et d'abord, il est bien évident que les fistules si variables par leur origine, ne peuvent pas être guéries toutes par le même procédé. Le traitement, pour être véritablement logique, doit se préoccuper des causes de la fistule et varier ses moyens avec ces causes elles-mêmes. Vouloir guérir de la même façon la petite fistulette qui ne se ferme pas, parce que ses parois dures, fibreuses, ne peuvent s'accoler, et celle qui conduit dans une vaste poche bourrée de fongosités en voie de caséification, ce serait retomber dans l'erreur des interventionnistes qui résèquent dès qu'ils sont en présence d'une fistule quelconque ne se fermant pas spontanément.

La durée du traitement, les chances de succès ne sont évidemment pas toujours identiques ; une petite fistulette, indépendante de l'articulation, sera tarie

beaucoup plus rapidement qu'une autre qui communique avec une hanche désorganisée et infectée par les microbes de la suppuration.

Les auteurs divisent en général les fistules, au point de vue du pronostic et du traitement, en deux catégories :

1° Celles qui conduisent dans l'articulation, considérées comme graves ;

2° Celles qui en sont indépendantes, auxquelles on attribue un pronostic plus bénin.

Sur quels signes se basera-t-on pour savoir auquel des deux groupes il faut rattacher un cas donné ? En dehors du stylet, on n'a aucun moyen pour s'en rendre compte.

Ce dernier, il est vrai, nous donne les renseignements que nous lui demandons dans les cas où le trajet va en droite ligne de l'orifice cutané aux parties profondes ; il est dans l'impossibilité de le faire quand la fistule est contournée, tortueuse. De plus, alors même que le stylet nous donne la sensation d'os dénudé, il est souvent difficile de dire si la lésion osseuse révélée est intra ou extra-articulaire.

Ce qui, plus encore que les difficultés pratiques, nous oblige à rejeter cette division, c'est que nous n'y attachons pas grande importance au point de vue du traitement.

En principe, d'ailleurs, la presque totalité des fistules sont articulaires ou osseuses ; en effet, à

part les petites fistulettes superficielles d'origine gommeuse ou ganglionnaire, c'est de l'articulation ou de l'os voisin malade que sont partis les tubercules qui ont gagné petit à petit le tégument externe. Il est vrai qu'au moment où la traînée tuberculeuse vient ulcérer la peau, les lésions profondes peuvent déjà être réparées. Est-ce une raison pour faire une séparation absolue entre deux modalités anatomiques d'une seule et même affection, d'autant plus que ces dernières peuvent souvent alterner, la fistule qui est articulaire aujourd'hui pouvant être indépendante quelques jours après ?

Les follicules tuberculeux sont d'ailleurs toujours identiques à eux-mêmes, quel que soit leur siège. Les conditions qui les transforment en tubercules fibreux agissent, que les tubercules embryonnaires se trouvent dans les tissus mous ou osseux. Et si la guérison est, en général, un peu plus longue à obtenir dans le dernier cas, c'est que les ulcérations osseuses se réparent moins rapidement que ne le font les pertes de substance conjonctive ou musculaire. Le traitement doit donc être le même, que la fistule communique ou non avec l'articulation, et il n'y a pas lieu d'établir une division d'après un caractère aussi peu important.

Il existe une division qui nous semble plus rationnelle.

Quand on a l'occasion de soigner un certain nombre de coxalgies fistuleuses, on remarque que les unes fournissent du pus véritable, plus ou moins verdâtre, dans lequel le microscope permet de constater la présence de microbes pyogènes, tandis que les autres donnent du pus tuberculeux pur, semblable à celui qu'on retire en ponctionnant un abcès froid. Tandis que, dans le dernier cas, la guérison est généralement assez rapide et la vie du malade presque jamais en danger, on constate bien souvent l'inverse dans le premier cas.

Nous diviserons donc les fistules en deux grandes classes :

- A, les fistules tuberculeuses pures ;
- B, les fistules infectées.

Exceptionnellement pourtant, la fistule persiste pour d'autres raisons que la présence d'un foyer tuberculeux pur ou infecté en activité :

- 1° Les parois du trajet sont devenues fibreuses ;
- 2° Elles se sont tapissées d'épithélium ;
- 3° Il existe dans le trajet une esquille osseuse dont l'irritation incessante donne lieu à un écoulement de muco-pus qui empêche la fistule de se fermer. Chacun des cas particuliers que nous venons d'envisager nécessitant un traitement spécial, nous allons les passer successivement en revue.

A. — Fistule tuberculeuse simple.

Elle n'est pas très fréquente et se rencontre surtout dans les conditions suivantes :

1° Un abcès est traité par des injections de naph-tol camphré ou d'un autre liquide modificateur ; l'inflammation de la poche, produite normalement par ces liquides irritants, est poussée trop loin et la poche crève.

2° Une fongosité a pénétré dans le trajet cutané au moment où l'on a retiré l'aiguille avec laquelle on a fait la ponction, et a empêché l'orifice de la paroi de l'abcès fait par l'aiguille de se refermer.

3° On a laissé passer inaperçu un abcès lors de l'application d'un appareil plâtré et il crève sous ce dernier.

A part ces circonstances spéciales, la fistule est, en général, infectée au moment où le malade vient consulter. Rien, en effet, n'est plus difficile que de préserver un abcès ouvert des microbes pyogènes. L'ouverture de l'abcès, son curettage ont beau avoir été faits avec toutes les précautions antiseptiques possibles, au bout d'un temps généralement très court, le pus renferme des microbes de la suppuration, malgré les pansements consécutifs les plus soignés. Il faut croire que la poche tuberculeuse offre un milieu particulièrement favorable au développement des bacilles.

En présence d'une de ces fistules non infectées, quelle conduite faut-il tenir ?

Deux éventualités peuvent se présenter :

a). La fistule, après un court et étroit trajet, conduit dans une poche plus ou moins vaste, articulaire ou abarticulaire.

b). Un trajet étroit, plus ou moins long, est toute la lésion.

Une simple injection d'eau phéniquée nous permettra de savoir à laquelle des deux catégories nous avons affaire. Le liquide injecté refluant presque en totalité dans un cas alors qu'il est retenu en plus ou moins grande quantité dans l'autre. Il suffit d'ailleurs, le plus souvent, de prendre en considération la quantité de pus fournie pour être renseigné à ce sujet.

A. — *La fistule conduisant dans une poche.*

Le traitement sera le même, que la poche soit ou non en communication avec l'articulation. Toutes choses égales d'ailleurs, la guérison se fera évidemment attendre plus longtemps dans le premier cas que dans le second, puisqu'il s'agit de réparer tout d'abord les lésions osseuses cicatrisées déjà spontanément dans le cas de fistule indépendante.

On injecte dans la poche, par la voie de la fistule, un des liquides modificateurs, naphtol ou éther iodoformé. Ces liquides, étant tout-puissants contre les abcès fermés, doivent agir avec la même efficacité dans les circonstances présentes, pour peu que

nous arrivions à laisser suffisamment longtemps notre agent bactéricide au contact des tissus tuberculeux. Que l'abcès soit ouvert ou fermé, n'est-ce pas la même affection, aussi longtemps tout au moins qu'il n'y a pas infection secondaire? Qu'on arrive, par un artifice quelconque, à fermer le petit orifice, et l'on parvient à le faire, comme le montrent plusieurs observations, du coup on aura transformé l'abcès fistulaire en abcès fermé. Il est donc évident que le même traitement doit fournir les mêmes résultats heureux dans les deux cas. Les observations que nous donnerons plus loin montreront que les faits justifient pleinement ces prévisions.

Une seringue en verre ordinaire, du sublimé, un peu de coton hydrophile, du collodion iodoformé et le liquide modificateur, il n'en faut pas plus pour la petite opération.

Quelle quantité de liquide faut-il injecter? Elle variera naturellement avec le volume de la poche. En règle générale pourtant, il est inutile de dépasser 20 à 25 grammes; si, exceptionnellement, cette dose ne suffisait pas, nous conseillerons, par excès de précaution, d'employer la solution alcoolique de Bouchard, de préférence au naphthol pur.

Le manuel opératoire est des plus simples. Après avoir lavé avec soin au sublimé la région fistuleuse, on introduit l'extrémité effilée de la seringue

dans le trajet, on injecte le liquide, puis on retire rapidement l'instrument en bouchant aussitôt l'orifice de la fistule avec un tamponnet de coton hydrophile préparé d'avance. On empêche ainsi, momentanément, le liquide de ressortir. On remplace ensuite la main par un moyen de contention permanent. Celui que nous employons le plus souvent, c'est le collodion. Mais il arrive que l'orifice, trop large, fait échouer ce procédé. Nous avons recours alors au petit artifice suivant : on prépare un petit bouchon de coton hydrophile stérilisé, du calibre de la fistule, et on l'introduit rapidement dans le trajet dès qu'on a retiré la seringue. Par-dessus ce petit bouchon, on peut appliquer un collodion.

D'autres fois, on arrive à ses fins en plaçant sur l'orifice de la fistule un gros tampon de coton hydrophile qu'on maintient fortement serré par quelques tours de bande.

Quel que soit le procédé employé, nous conseillons au malade de rester pendant les premières heures qui suivent le pansement dans la position la plus favorable au maintien du liquide. Nous lui recommandons, par exemple, la position dorsale, quand la lésion siège dans le triangle de Scarpa, la position ventrale, quand il s'agit d'une fistule fessière.

A quel intervalle faut-il renouveler ce pansement? Nous croyons, contrairement à ce que nous avons fait nous-même, que le mieux serait de

le refaire tous les jours. Il est rare, en effet, que le liquide, malgré toutes les précautions qu'on puisse prendre, reste en place plus longtemps. En général, le bouchon est forcé dès la fin du premier jour et il faut compter comme temps perdu celui qui s'écoule à partir de cet instant jusqu'au nouveau pansement, puisque le liquide modificateur n'agit qu'autant qu'il est en contact avec le tissu malade.

Combien d'injections faut-il faire? Ce nombre varie naturellement avec une foule de circonstances. Une poche de la contenance d'un litre ne sera pas modifiée aussi rapidement qu'un petit abcès du volume d'un œuf. Un abcès communiquant avec une hanche largement désorganisée et bourrée de fongosités, pas aussi vite qu'un petit trajet indépendant.

Enfin, le liquide modificateur agira plus promptement quand une disposition simple du trajet lui permet d'arriver facilement sur les endroits malades, que lorsque, par suite de conditions inverses, le liquide est, en grande partie, injecté en pure perte.

D'une façon générale, on peut affirmer qu'un abcès ouvert et non infecté guérit aussi rapidement et aussi sûrement par le procédé que nous venons de signaler, que le fait l'abcès fermé lui-même.

Une condition essentielle du succès, c'est de cesser les injections quand on croit la fistule suffisam-

ment modifiée. Quand on néglige cette précaution la fistule ne se ferme pas, quoique depuis longtemps les éléments tuberculeux ne s'y opposent plus, le liquide sécrété étant dû uniquement à l'irritation produite par l'agent modificateur et au décollement incessant des parois de la fistule.

Il se passe ici ce qui se produit à la suite de l'opération de l'empyème, où la guérison ne s'obtient que si l'on cesse, à un moment donné, les lavages de la cavité pleurale.

Le moment critique peut quelquefois être fixé par l'apparition d'un liquide huileux, transparent, analogué à de la synovie.

Mais, le plus souvent, on est forcé de procéder par tâtonnement. Après un nombre d'injections qu'on a jugé suffisant, on se contente, pendant quelques jours, d'un simple pansement compressif; si la guérison ne se produit pas, on recommence une série d'injections. M. Calot a cependant obtenu un certain nombre de succès en procédant comme suit : pendant huit jours il fait quotidiennement une injection; puis une compression pendant les quinze jours suivants.

Jusqu'à présent, nous n'avons eu en vue que la coxalgie compliquée d'une seule fistule. Il arrive assez souvent qu'il en existe deux, trois et davantage. Que faire dans ces cas? On commence par rechercher si toutes ces fistules conduisent dans la

même poche et communiquent par suite entre elles, ou bien si elles sont indépendantes les unes des autres. On y arrive en injectant un peu de sublimé dans l'une des fistules. Si ce liquide sort par les autres, c'est qu'elles communiquent, sinon on les considérera comme indépendantes. Dans le dernier cas, on traite chacun des trajets séparément, comme si l'on avait affaire à plusieurs coxalgies compliquées chacune d'une fistule. Si, au contraire, plusieurs fistules aboutissent dans la même poche, le liquide qu'on injecterait par l'une d'elles sortirait immédiatement par les autres, et son action, par suite, serait nulle. Avant donc de procéder à cette opération, il convient de boucher toutes les fistules, sauf une, par l'un des artifices indiqués plus haut. On transforme ainsi la coxalgie pluri-fistuleuse en coxalgie uni-fistuleuse qu'on traitera comme telle.

Comment se produit la guérison dans ces cas de fistules multiples ?

En général, toutes les fistules ne se ferment pas en même temps, mais successivement. Cependant dès qu'un succès partiel est obtenu, la victoire définitive ne se fait pas attendre longtemps, dans la majorité des cas.

Nous en avons fini avec cette première espèce de fistule. Nous croyons pouvoir affirmer qu'elle guérit au moins 95 fois sur 100, et cela dans un laps de

temps assez limité, par le procédé que nous venons d'indiquer.

La fistule non infectée ne conduit pas dans une poche.

Elle est constituée simplement par un trajet étroit, allant ou n'allant pas jusqu'à l'articulation, le plus souvent déjà cicatrisée.

Ici, le procédé des injections n'est plus applicable, à peine le liquide est-il introduit dans le trajet, qu'il en est chassé. Pour détruire les fongosités qui le tapissent, il existe deux moyens qui comptent, l'un et l'autre, un grand nombre de succès.

1° On introduit dans la fistule des mèches de gaze stérilisée, trempées dans le naphtol ou le chlorure de zinc, en les poussant au moyen d'un stylet au fond du trajet. Le liquide modificateur étant forcément en petite quantité, la mèche sèche très rapidement; aussi convient-il de la renouveler tous les jours, en diminuant progressivement son calibre et en l'introduisant de moins en moins profondément, de façon que la cicatrisation puisse se faire de la profondeur vers la superficie.

On peut obtenir également la guérison de cette fistule par de petits curettages qu'on pourra renouveler plusieurs fois, si cela est nécessaire. Nous conseillons cependant de commencer toujours le traitement par le liquide modificateur et de n'avoir

recours au curettage que si la guérison se fait attendre par trop longtemps. Faire le curettage sans avoir préalablement modifié les follicules tuberculeux, ce serait s'exposer à produire des infections secondaires.

Quel que soit le procédé employé, trois à quatre semaines suffisent en moyenne pour amener la guérison.

La fistule est infectée

Le liquide sécrété est du pus véritable. A de rares exceptions près, toutes les fistules qu'on est appelé à soigner rentrent dans ce groupe.

Les examens bactériologiques que nous avons fait faire à différentes reprises, ont toujours montré l'infection des fistules quelque peu anciennes. Les microbes dont on a constaté le plus souvent la présence sont les staphylocoques et les streptocoques réunis ou non. Dans un cas, on a trouvé uniquement le bacille coli, et dans un autre le bacille pyocyanique associé au streptocoque.

Ces constatations concordent avec les recherches faites par d'autres, en particulier avec celles de M. Mauclore, et prouvent la fréquence de l'association des microbes ordinaires de la suppuration et des bacilles de Koch dans les trajets fistuleux.

En présence d'une fistule infectée, il faut se demander avant tout s'il y a de la fièvre; s'il y en a,

la vie du malade est en danger ; s'il n'y en a pas, l'intérêt local est seul en jeu, comme dans les cas précédents.

Il n'y a pas de fièvre.

L'absence de fièvre est fréquente malgré la présence des microbes pyogènes, soit que l'étroit trajet fistuleux ne fournisse qu'une quantité de pus tout à fait insignifiante, soit que l'abcès se vide parfaitement. Le traitement institué doit être à peu près identique à celui qui est usité dans les cas analogues non infectés : mèches, curettage, injections modificatrices. Il faut savoir cependant qu'il arrive qu'après avoir fermé la fistule pour laisser agir le liquide modificateur, on voit se déclarer une poussée fébrile due à la rétention du pus qui s'écoulait librement autrefois. Cette ascension thermique est en général de courte durée, et au bout d'une dizaine d'injections tout au plus la poche est suffisamment désinfectée pour que la fièvre ne réapparaisse plus. Si, exceptionnellement, il en était autrement, on se contenterait pendant quelques jours de modifier la cavité sans la fermer. Quoi qu'il en soit, la guérison se fait attendre en général plus longtemps que lorsqu'il s'agit de fistules simples non infectées. Rien n'est plus difficile quelquefois que de chasser l'infection de ces poches fongueuses où elle se cantonne d'autant plus sûrement qu'il existe fréquem-

ment de nombreux diverticules où le liquide modificateur ne peut pénétrer. Pour réussir, il faut toujours beaucoup de patience et de persévérance, mais la guérison est à ce prix, et peut difficilement s'obtenir autrement.

Par quel autre procédé pourrait-on atteindre plus sûrement le but désiré ? Serait-ce par l'ouverture et le curettage de la poche ? Mais est-il possible d'enlever d'un seul coup toutes les fongosités, tous les éléments infectés par les microbes pyogènes ? Neuf fois sur dix, en pareille occurrence, la fistule persiste après comme avant. Si encore l'intervention ne présentait aucun danger, on pourrait l'essayer à la rigueur, quitte à revenir à un autre procédé en cas d'échec. Mais il n'en est pas ainsi. Bien souvent l'opération aura pour résultat de rendre les microbes plus virulents et de les transporter dans le courant circulatoire ; bien des infections viscérales tuberculeuses, ou streptococciques n'ont pas d'autre origine.

Les chances de succès des interventions actives diminuent encore quand la poche fistuleuse communique avec l'articulation, et cependant la méthode des injections est encore la meilleure, les résections et les curettages articulaires échouant presque à coup sûr.

Le meilleur système de traitement à notre disposition est celui qui cherche la guérison par des moyens lents, mais qu'on pourrait encore appeler

les plus rapides, par l'action continue des liquides modificateurs; 80 fois pour 100 ce moyen réussit seul, sans le secours d'aucune intervention sanglante, dans l'espace de quelques semaines à quelques mois. Quand, par exception, le traitement continué régulièrement pendant plusieurs mois n'amène pas la guérison, il n'y a que demi-échec, puisque la virulence de l'infection a certainement beaucoup diminué et que les fongosités ont été détruites en grande partie. Si la guérison n'a pas été obtenue complète, c'est que le liquide modificateur n'est pas arrivé partout où il fallait, soit que la poche ait été de très grande dimension, soit qu'il ait existé des diverticules étroits et contournés, soit pour quelque autre disposition anatomique encore. A la longue on trouvera quelquefois le corps du délit et on pourra y remédier, sinon on ouvrira la poche, non plus comme les interventionnistes avec l'espoir de faire une opération complète, mais simplement dans le but de trouver la cause de l'échec.

On verra souvent, comme cela nous est arrivé dans un cas (Georgette), que si la guérison s'est fait attendre aussi longtemps, c'est que le liquide modificateur n'a pas pénétré partout où il existait des fongosités, par suite d'une disposition anatomique exceptionnellenent défavorable. On se contentera d'éventrer ces diverticules, de perforer la peau à leur niveau, de façon à pouvoir agir dorénavant sur

eux. En tout cas, nous le répétons, l'intervention ne doit avoir d'autre objectif que de permettre au liquide modificateur d'agir sur les points malades.

Par cette méthode de traitement, on arrivera à la guérison de ces fistules infectées sans faire courir le moindre danger au malade.

Coxalgie infectée avec fièvre.

Dans ce cas, il s'agit avant tout de sauver le malade, sa vie étant en danger imminent. Il faut que la fièvre tombe coûte que coûte; M. Calot insiste longuement sur ce point. « Qui dit fièvre dans la coxalgie suppurée, écrit-il, dit résorption septique; aussi n'ai-je point de trêve jusqu'à ce que cette fièvre soit tombée. Dès qu'un de ces coxalgiques a la fièvre, peu ou beaucoup pendant plusieurs semaines sans discontinuer, souvenez-vous qu'il court non seulement à la cachexie, mais encore à la dégénérescence amyloïde des viscères et aussi, pourrait-on ajouter, aux généralisations tuberculeuses ou septiques. » On ne saurait mieux montrer le danger de ces fistules infectées accompagnées de fièvre continue. C'est par cette fièvre infectieuse que mouraient autrefois la presque totalité des coxalgiques suppurés. C'est grâce à elle que cette maladie a acquis la terrible réputation dont elle jouit encore

à peu près partout, aussi bien chez le méridien que chez les septiques.

La complication terrifiante de la gangrène fistulaire c'est donc la fièvre, car elle indique qu'il se fait de la résorption septique qui va amener la cachexie septique du malade. Si elle ne l'enlève pas subitement par quelque complication viscérale, bacillaire ou septique. Or cet empoisonnement par l'absorption des poisons microbiens ne se produit pas, par le fait seul qu'il existe une fistule infectée, l'existence du groupe précédent en est une preuve péremptoire.

M. Calot représente dans son livre un coxalgique de vingt ans qui a conservé trois fistules : deux une péri-rectale, pendant seize ans et qui est aujourd'hui en excellent état, au point de vue local aussi bien qu'au point de vue général.

Nous pourrions citer plusieurs autres exemples de ce genre. La résorption septique ne se produit que lorsque le pus infectieux ne s'écoule pas au-dehors au fur et à mesure de sa formation.

Comment arracher le malade, dans ces cas, à une mort presque certaine? N'avons-nous d'autres armes que celle si problématique, si dangereuse de la résection?

Nous pouvons lutter contre les clapiers purulents, en établissant un drainage méthodique de la poche et de l'articulation; nous pouvons agir contre les

microbes pathogènes par les injections intra-fistulaires répétées de liquides bactéricides.

Pour réaliser pratiquement ces deux desiderata, voici comment nous procédons : nous lavons tous les jours la poche avec une solution de sublimé, d'acide phénique, de permanganate de potasse, etc., jusqu'au moment où le liquide en sort clair ; nous débarrassons ainsi mécaniquement les clapiers de tous les produits purulents qui ne se sont pas écoulés spontanément. Si, au bout de quelques jours de ces lavages, la fièvre n'est pas tombée, nous pratiquons des ouvertures aux endroits que l'expérience nous a montrés être les réceptacles habituels du pus, et nous continuons nos grands lavages antiseptiques. Si la fièvre continue, c'est que le drainage n'est pas encore suffisant ; il faut ouvrir alors largement la poche, non pas encore une fois avec le dessein de faire une cure radicale, mais simplement pour chercher la cause de la fièvre ; on découvrira souvent quelque diverticule qu'il suffira d'éventrer pour y faire pénétrer dorénavant l'agent modificateur, et pour faire disparaître rapidement la fièvre ; d'autres fois, le corps du délit sera la cavité articulaire elle-même, détruite et remplie d'un pus infect ; dans ce cas, on pratiquera l'arthrotomie et on drainera l'articulation dans les points les plus déclives. Du même coup on extraira les séquestres osseux, s'il en existe, on curettera rapidement les parties osseuses cariées.

si cela paraît nécessaire, mais on se gardera bien de la tentation qu'on pourrait avoir de faire une opération complète, la résection à elle seule n'étant pas plus efficace que l'arthrotomie et l'arthrectomie qui donnent d'excellents résultats orthopédiques et sont des opérations bien moins graves.

Quelle qu'ait été l'intervention, arthrotomie ou arthrectomie, on continuera les lavages jusqu'à la chute complète de la température, qui ne tardera pas à survenir, même dans les cas les plus graves; c'est alors seulement qu'on s'occupera de la fistule en tant qu'affection locale, et on lui opposera naturellement le traitement que nous avons indiqué pour les fistules infectées apyrétiques, les cas en question rentrant dans ce groupe à partir de ce moment.

Fistules fibreuses.

On rencontre quelquefois de vieilles fistules datant d'une ou de plusieurs années qui ne se ferment pas, quoiqu'il n'existe plus depuis longtemps de fongosités tuberculeuses ou infectées. Ces fistules ne donnent lieu qu'à un écoulement minime, quelques gouttes de muco-pus à chaque changement de pansement; aussi, espère-t-on de semaine en semaine voir apparaître la guérison; mais les mois succèdent aux mois, et la hanche reste toujours dans le même état. En introduisant un stylet dans le trajet, on

est frappé de la résistance, de la dureté de ses parois ; on éprouve la même sensation quand on saisit la région fistuleuse à pleines mains. Quand il existe plusieurs fistules de ce genre dans une même région, on peut croire à l'existence d'une véritable tumeur fibreuse.

A ces signes on reconnaîtra l'existence d'une fistule fibreuse. Voici comment on explique la genèse de ces fistules : l'irritation causée par la sécrétion purulente produit à la longue l'inflammation chronique des parois, baignées sans cesse par l'écoulement infectieux. Cette inflammation chronique se traduisant par la formation de tissus scléreux peut aller jusqu'à produire de véritables tumeurs fibreuses appelées callosités, quand plusieurs fistules de ce genre occupent une même région. Arrivée à cet état scléreux, il est évident que la fistule ne peut plus se fermer spontanément, et qu'elle survivra indéfiniment à la cause première qui lui a donné naissance.

Quel est le traitement en pareil cas ?

« Nous faisons l'ablation complète des parois du trajet, dit M. Calot, comme s'il s'agissait d'un tuberculome. Les succès sont constants si l'opération est complète. Chez une petite coxalgique de Nancy, soignée par le docteur Baillet, nous avons pu guérir ainsi en huit jours une fistule qui durait depuis plus de trois ans. Chez elle, l'épaisseur de la paroi scléreuse atteignait, en certains points, un cent. 5 ».

Personnellement, nous avons eu à soigner deux fistules fibreuses chez la même jeune fille, une ancienne réséquée de la hanche ; nous sommes arrivé à les tarir par l'introduction répétée de mèches imbibées d'essence de térébenthine, de teinture d'iode. Il est évident que ces liquides n'ont pas détruit toute la gangue fibreuse, mais ils ont provoqué sans doute une inflammation aiguë grâce à laquelle l'accolement des parois scléreuses a pu se faire ; on serait arrivé probablement au même résultat par l'action du thermo-cautère ou par un curettage énergique. En tout cas, la guérison peut toujours être obtenue par de petites interventions bénignes, sans qu'on ait jamais besoin de s'attaquer aux éléments articulaires qui ne sont pas en cause.

Fistules épithéliales.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer des spécimens de cette catégorie. Leur existence n'est cependant pas douteuse, établie qu'elle est sur plusieurs examens anatomo-pathologiques. On explique leur formation par un mécanisme analogue à celui qui préside à la cicatrisation d'un ulcère ou du lobule de l'oreille perforé. On sait que dans les deux cas l'épithélium contigu à la perte de substance finit petit à petit par la recouvrir, en avançant de la périphérie vers le centre ; il est vrai que dans les cas de fistules

coxalgiques, l'épithélium ne recouvre jamais que la partie externe de la fistule, celle qui avoisine l'orifice. Quoi qu'il en soit, en cet état, les parois fistuleuses ne peuvent pas plus s'accoler que dans la forme précédente. Pour amener la guérison, il suffira de détruire la mince couche épithéliale par un procédé quelconque, curettage ou cautérisation.

Existence d'un séquestre dans le trajet.

Nous disons bien dans le trajet, et non dans l'articulation. Nous croyons en effet avoir démontré que la guérison peut s'obtenir malgré la présence de séquestres articulaires, et cela même dans les cas d'arthrite infectieuse. Il n'est pas possible d'admettre en effet que parmi les nombreuses fistules infectées guéries par les seules injections, il ne s'en soit pas trouvé qui aient présenté des séquestres, la résection ayant établi la fréquence de ces derniers. Il n'en est plus de même évidemment quand un séquestre se trouve dans le trajet étroit d'une fistule où il joue le rôle d'un corps étranger irritant ; la fistule ne pourra se fermer que lorsque cette épine inflammatoire aura été extraite. Une ancienne réséquée dont nous avons déjà parlé a guéri en quelques jours d'une fistule datant de plusieurs années, à partir du moment où nous avons réussi à en retirer une lamelle osseuse pointue.

Nous soignons en ce moment une petite fistulette qui, depuis plusieurs mois, ne produit que quelques gouttes de pus par semaine dues sûrement à la présence d'un petit séquestre que nous sentons très bien avec le stylet, mais que nous n'avons pu extraire jusqu'à présent vu la profondeur du trajet dans lequel nos tentatives n'ont fait que l'enfoncer davantage.

Il est certain qu'aussi longtemps que le trajet fistuleux ne sera pas débarrassé de ce corps étranger, il ne se fermera pas.

Ces séquestres intra-fistulaires peuvent se rencontrer au cours de l'évolution des fistules infectées, mais ils sont certainement plus fréquents à la suite d'interventions telles que l'arthrectomie ou la résection, au cours desquelles des débris osseux détachés sont oubliés dans le champ opératoire.

Pour être complet, nous mentionnerons les fistules coxo-vésicales et coxo-rectales. Il est évident que les injections, pas plus que la résection, ne pourront en amener la guérison, la plaie s'infectant sans cesse par les microbes venant de l'appareil urinaire ou digestif. Ces fistules exceptionnelles sont la conséquence de l'ouverture des abcès pelviens dans les viscères du petit bassin ; leur guérison nécessite une intervention chirurgicale spéciale qui ne rentre pas dans notre sujet.

En résumé, nous voyons donc que toutes les fis-

tules peuvent être guéries par les moyens conservateurs dans un laps de temps variable avec leurs causes.

La méthode modificatrice est facile à manier, à la portée de tous les médecins ; elle n'est pas douloureuse à moins qu'on ne se serve de l'éther qui occasionne des brûlures violentes pendant les premières minutes qui suivent l'injection.

Quant aux résultats orthopédiques qu'elle donne, ils sont évidemment les meilleurs qu'on puisse obtenir dans chaque cas particulier.

Nous montrerons plus loin, par quelques observations, que, dans certains cas, il est possible d'arriver à la *restitutio ad integrum*, ou peu s'en faut. Que si, au contraire, le malade nous arrive avec une jambe considérablement raccourcie et atrophiée déjà par suite d'un traitement antérieur mal dirigé, il est évident que notre méthode qui n'a pour objectif que de fermer la fistule, en produisant le moins de dégâts possible, ne lui donnera pas un membre parfait ; elle le lui rendra tel qu'il nous l'a confié.

Il nous semble donc, d'après tout ce que nous venons de voir, que la résection ne supporte pas la comparaison avec la méthode conservatrice.

1° Cette dernière n'est nuisible dans aucun cas et satisfait ainsi au principe primordial de toute thérapeutique : *primo non nocere* ; nous avons vu qu'on ne peut pas en dire autant de la résection.

2° Elle conduit à la guérison locale pour le moins aussi sûrement et aussi rapidement que la résection.

3° Les infections secondaires tuberculeuses ou pyogènes sont infiniment plus rares qu'après la résection.

4° Le résultat orthopédique est de beaucoup supérieur.

5° C'est une méthode plus facile à appliquer, et, contrairement à la résection, à la portée de tous les médecins.

Nous formulerons donc, en manière de conclusion de ce travail, les quelques propositions suivantes :

1° La résection n'est jamais nécessaire; elle n'amène la guérison que lorsque celle-ci peut être obtenue sans elle. Elle échoue dans bien des cas où la méthode conservatrice aurait réussi.

2° Nous n'admettons dans aucun cas et sous aucun prétexte une intervention sanglante quelconque, qui n'ait pas été précédée de l'emploi de moyens plus conservateurs continués pendant un certain temps.

3° Les interventions sanglantes ne doivent pas avoir pour objectif de guérir la maladie, mais de permettre aux liquides modificateurs d'agir plus efficacement qu'ils n'ont pu le faire avant.

4° Le drainage, l'arthrotomie et l'arthrectomie sont suffisants dans les cas les plus rebelles.

Dans le traitement de la coxalgie fistuleuse, il faut

envisager d'autres facteurs encore que la fistule, le malade étant un coxalgique en même temps qu'un fistuleux.

Et d'abord, faut-il immobiliser ces coxalgiques fistuleux? Certainement, chaque fois que cela est possible, car une bonne immobilisation, non seulement supprime les douleurs, empêche les lésions de progresser, le fémur de se luxer, mais constitue l'un des agents de guérison les plus actifs des éléments tuberculeux. Malheureusement, cette immobilisation est bien souvent impossible à réaliser. Evidemment, quand il n'existe qu'une ou deux fistulettes insignifiantes, on peut placer le malade dans un appareil plâtré, et pratiquer des fenêtres au niveau des fistules, par lesquelles on pourra faire le pansement.

Si la fistule donne lieu à une suppuration abondante, l'appareil plâtré fenêtré est impraticable; on le remplacera par un appareil bivalve, silicaté ou plâtré. Mais même ainsi modifiés, ces appareils ne peuvent, dans bien des cas, être employés, car ils sont trop vite souillés par la suppuration. Aussi est-on bien souvent réduit à immobiliser le membre au moyen de simples attelles en bois placées au milieu d'une épaisse couche d'ouate, ou même à le laisser complètement libre.

5° Le coxalgique arrive avec une jambe en mauvaise attitude. Faut-il pratiquer le redressement

immédiatement, ou attendre la guérison de la fistule ?

Quand il n'existe qu'une fistulette insignifiante, on redresse immédiatement, et on applique un appareil plâtré fenêtré. Si, au contraire, la fistule suppure abondamment, ou s'il existe plusieurs fistules empêchant l'application de l'appareil plâtré immédiatement après le redressement, il vaut mieux ne pratiquer le redressement qu'une fois la fistule ou les fistules guéries. Vouloir faire un redressement nécessitant l'emploi d'une force quelque peu considérable, dans un cas de coxalgie fistuleuse infectée, c'est s'exposer à introduire les micro-organismes dans les vaisseaux, que ne manquent pas d'ouvrir les manœuvres nécessaires au redressement.

Enfin, une fois la coxalgie guérie en bonne attitude, on électrisera, on massera pendant longtemps les muscles du membre toujours atrophiés.

Le traitement général joue naturellement un très grand rôle pendant toute la durée de la maladie. Aussi longtemps que le malade est forcé de garder le lit, il doit être couché dans une chambre spacieuse et bien aérée ; dès que cela sera possible, on le portera au dehors pendant une grande partie de la journée. La nourriture doit être substantielle, on insistera sur le lait et les œufs.

Le séjour à la campagne et surtout au bord de la mer est très utile pendant toute la durée du traite-

ment, et même longtemps encore après la guérison.

Pendant des années encore après la guérison, le malade devra se surveiller, ne faire aucun excès, pour ne pas s'exposer à un retour de la maladie.

L'huile de foie de morue l'hiver, l'iodure de fer l'été, la crépsote, lui rendront de grands services.

OBSERVATIONS

Citons d'abord quelques observations d'abcès fistuleux guéris par le seul fait que l'abcès avait été suffisamment modifié déjà par les injections au moment de la production des fistules.

Observations de M^{lle} Bouet :

Observation XII. — Pierre M... Coxalgie gauche; abcès de la face antérieure de la cuisse; ponctions et injections de naphtol. Au bout de la troisième injection, il se fait une fistule qui se ferme au bout de trois mois, sous l'influence de simples pansements.

Observation XIII. — Lev..., âgé de 8 ans. Coxalgie gauche; abcès du triangle de Scarpa; à la suite de la deuxième ponction et injection de naphtol, il se forme une fistule qui se ferme six semaines après, sous l'influence de simples pansements.

Observation XIV. — Der..., 8 ans. Coxalgie droite; énorme abcès; deux ponctions et injections de naphtol; fistule; guérison rapide de cette dernière.

Observation 57. — Car..., 3 ans. Mal de Pott lombaire; abcès de la fosse iliaque; deux ponctions et injec-

tions de naphtol; fistule qui dure dix jours; l'abcès est de nouveau fermé et guérit par deux nouvelles injections.

Observation 68. — Julienne, 14 ans. Mal de Pott dorsal inférieur; abcès de la fosse iliaque; ponctions et injections de naphtol; fistule qui se referme six jours après; guérison de l'abcès après quatorze ponctions.

OBSERVATION I

F. Félix, 5 ans et demi. (Hôpital de Rothschild.) — Coxalgie fistuleuse.

Entre le 10 mai 1894. L'enfant est malade depuis le mois de février.

Etat actuel : l'enfant se plaint à chacun des mouvements que nécessite l'exploration de la hanche malade. La jambe est demi-fléchie. On ne trouve ni abcès, ni fongosités. La pression, au niveau de la tête fémorale, est très douloureuse. Ensellure lombaire très prononcée, environ 50°. Tous les mouvements coxo-fémoraux sont à peu près impossibles, l'enfant contractant immédiatement ses muscles. Il n'y a pas d'atrophie notable.

On applique un appareil plâtré qui fait disparaître les douleurs, et on voit l'état général s'améliorer rapidement.

Vers la fin du mois de juillet, on remarque que l'enfant maigrit à nouveau, qu'il perd l'appétit, qu'il pousse des cris plaintifs la nuit, en dormant.

On coupe l'appareil le 4 août, et on constate un petit

abcès crural. On refait un appareil plâtré, sans se préoccuper de la suppuration. A partir de ce moment l'enfant ne se plaint plus, et son état général s'améliore.

Le 20 décembre, en retournant l'enfant dans son lit, on est tout surpris de voir un flot de pus s'échapper de son appareil. On coupe aussitôt le plâtre, et on trouve un vaste abcès de la fosse iliaque, s'ouvrant au niveau du pli de l'aîne, et un autre abcès de la cuisse descendant jusqu'à trois travers de doigt au-dessus du genou. On ponctionne l'abcès de la cuisse et on retire un demi-litre de pus, puis on fait une injection de glycérine iodoformée. On fait tous les deux jours des lavages de l'abcès fistuleux.

Le 27 décembre on fait une deuxième ponction de l'abcès, et on retire encore un demi-litre de pus. Injection de glycérine iodoformée.

Le 29 janvier 1895, troisième ponction, 100 grammes de pus. Injection de teinture d'iode.

18 février : ponction, 150 grammes de pus. Injection de naphtol ; la fistule inguinale est à peu près cicatrisée.

Nouvelles ponctions le 5 mars, le 15 mars ; à la fin du mois d'avril, l'abcès est complètement guéri, et il ne persiste plus que la petite fistulette inguinale donnant très peu de pus.

L'état général est bon, l'enfant n'a d'ailleurs présenté ni fièvre ni albumine pendant sa maladie, et, vers la fin du mois de mai 1895, la fistulette elle-même est complètement tarie.

Vers le 15 juin il se forme une nouvelle fistule crurale sous le plâtre, qui guérit au bout de quinze jours, à la suite de plusieurs injections de naphthol.

A partir de ce moment jusqu'à sa sortie (12 mars 1896), il ne s'est plus reproduit d'abcès.

Etat du malade au moment de sa sortie : on constate une cicatrice blanche, un peu déprimée, à la face antérieure de la cuisse, à 10 centimètres au-dessous de l'épine iliaque A. S. (c'est l'endroit où on avait fait les ponctions de l'abcès); 2° une autre cicatrice déprimée, au niveau du ligament de Poupert, à 2 centimètres en dedans de l'épine iliaque A. S. (c'est par là que s'était ouvert l'abcès iliaque).

La jambe malade est en très bonne position, mais les mouvements de la hanche sont très limités. Il n'y a ni raccourcissement ni atrophie notables du membre. L'enfant marchera probablement sans boiter.

OBSERVATION II

J. Madeleine, 4 ans. (Hôpital de Rothschild.) — Coxalgie fistuleuse.

Entrée le 16 février 1895.

Commence à boiter à 18 mois, à la suite d'une chute; pendant huit mois l'enfant marche dans sa chambre en boitant.

Conduite à l'hôpital Picpus en août 1893, elle est immobilisée pour coxalgie, puis envoyée à l'hôpital

Rothschild, de Berck, en mars 1894, où on ne la garde que quinze jours, par suite d'une plaque alopécique.

L'enfant fait une rougeole en décembre 1894. Elle revient à Berck le 18 février 1895.

La jambe est en flexion, légère abduction et rotation externe. Longueur du membre mesuré de l'épine iliaque à la maléole : 39,5 à gauche, 36 à droite.

Grand trochanter au-dessus de la ligne N. R. : 3 centimètres.

Mouvements nullement douloureux.

Etat général bon.

Le 5 mars, pensant à une luxation congénitale, on fait pendant une heure de la traction sur le membre, et la jambe est consolidée dans un appareil plâtré.

Le 20 mars on enlève l'appareil. L'enfant qui ne se plaignait pas jusque-là, manifeste des douleurs aussitôt que l'appareil est enlevé. Elle tient sa jambe spontanément fléchie sur le bassin et en abduction.

Dans l'espoir qu'il aurait affaire à une luxation congénitale, M. Calot intervient le 10 mai.

On trouve une subluxation pathologique; on ouvre l'articulation, on curette les fongosités articulaires, la tête fémorale, qui est fortement érodée, et on la remet dans sa cavité. On place un drain articulaire et un appareil plâtré.

Après l'opération, il survient de la fièvre et un abcès qui envahit toute la région supérieure de la cuisse; l'articulation elle-même est envahie par du pus. Il se forme

une fistule au centre de la ligne d'incision, une autre sur la même ligne horizontale, à 7 centimètres en arrière et deux fistules à la partie supéro-interne de la cuisse; on fait des injections de naphtol dans les fistules et la fièvre tombe rapidement. Les deux fistules internes se ferment au mois d'août; puis c'est le tour de la fistule la plus postérieure; la fistule sur la ligne d'incision continue seule à donner quelques gouttes de pus.

A la fin du mois de mai, cette dernière est à peu près complètement cicatrisée; l'état général est excellent, l'appétit bon; la jambe est en très bonne attitude et les mouvements sont assez étendus; la jambe malade ressemble absolument à la jambe saine au point de vue de la longueur et de la grosseur.

Cette enfant marchera très bien.

OBSERVATION III

T. Georgette, 8 ans et demi. (Hôpital de Rothschild.) — Entre le 23 septembre 1895. Coxalgie droite fistuleuse.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 29 ans de tuberculose pulmonaire. Grand'mère maternelle morte à 39 ans de la poitrine. Cinq frères et sœurs morts de broncho-pneumonies tuberculeuses.

Antécédents personnels. — Enfant élevée au sein par sa mère. Broncho-pneumonie à 2 mois; rougeole compliquée de coqueluche à 5 ans. A toujours toussé jusqu'à l'apparition de sa coxalgie.

La coxalgie débute à l'âge de 5 ans par une douleur dans le genou droit. On croyait à ce moment à une tumeur blanche du genou.

Il y a un an, l'enfant est mis dans un appareil plâtré pendant huit mois, et ensuite placé un mois dans une gouttière; puis le docteur Arnould fait des injections sous-cutanées de chlorure de zinc tout autour de l'articulation coxo-fémorale.

Au mois de juin 1895, s'ouvre un abcès, à la face externe de la cuisse droite, au niveau de son tiers supérieur, qui donne du pus en grande abondance.

A son arrivée à Berck, le 23 septembre 1895, on trouve un enfant fiévreux, pâle, amaigri, souffrant énormément de sa jambe malade, et poussant des cris dès qu'on y porte la main. Elle se plaint surtout d'une douleur violente au genou qu'on réveille au moindre mouvement qu'on fait exécuter à l'enfant.

Les mouvements de la hanche, très peu étendus. Il existe une fistule au tiers inférieur de la face externe de la cuisse, donnant lieu à une suppuration abondante, épaisse, verdâtre, nauséabonde. Le pus s'écoule mal, et on est forcé de presser sur la poche pour l'en faire sortir. Il en reste notamment toujours une assez grande quantité dans la partie la plus déclive de la poche. Il n'y a pas d'albumine, quoique la température atteigne et dépasse fréquemment 39 le soir.

M. Calot cherche à transformer l'abcès fistuleux en abcès fermé, pour pouvoir le soigner comme tel, avec les

injections de naphthol. Il fait donc la suture des bords de la fistule au moyen de plusieurs crins de Florence, et il vide les jours suivants la poche ainsi fermée, par des ponctions faites avec l'aspirateur Dieulofoy; il injecte chaque fois 10 grammes de naphthol environ. La fièvre persiste malgré ce traitement, ainsi que la suppuration. D'ailleurs, la plaie fistuleuse ne tarde pas à s'ouvrir, et à donner issue à une grande quantité de pus. Vers le milieu du mois d'octobre, M. Calot essaye encore une fois de fermer la poche. Il coupe avec les ciseaux les bords de la fistule, fait des points de suture, et continue comme précédemment les ponctions et injections, mais cela avec le même insuccès. En effet, vu l'épaisseur du pus, la poche se vide mal par l'aspirateur, et, pour ne pas laisser séjourner le restant du pus infect, on est forcé de presser sur la poche, ce qui rouvre la fistule qui se présente alors sous la forme d'un large ulcère (5 centimètres carrés). Il s'établit en même temps une fistule à la partie supérieure de la poche, à l'endroit où on avait pratiqué les ponctions. La suppuration ni la fièvre n'ayant diminué, on abandonne ce premier procédé de traitement et on commence celui que nous avons préconisé au cours de ce travail.

On fait de grands lavages quotidiens de la poche au sublimé, au permanganate de potasse, suivis une ou deux fois par semaine d'injections d'un liquide modificateur (naphthol, glycérine, essence de girofle) sans obturation des fistules, ce qui permet au pus de s'écouler librement

à mesure qu'il se forme. A la suite de ce traitement, la température s'abaisse rapidement, sans pourtant atteindre la normale. La suppuration devient moins abondante, l'état général se relève. Le pus qui avait été verdâtre, épais, d'une odeur infecte, au moment de l'arrivée de l'enfant, est devenu fluide, jaunâtre, inodore. Mais il s'en écoule encore une assez grande quantité, et la température oscille depuis huit jours entre 36,8 et 37,5. M. Calot, pour hâter la guérison, intervient le 27 décembre 1895. Il incise sur la face externe de la cuisse l'abcès dans toute sa longueur. La poche ainsi mise à découvert, on est frappé de l'absence presque complète de fongosités dans la plus grande partie de son étendue. Elle est tapissée d'une membrane blanchâtre, épaisse, dure au toucher, rosée et lisse à la partie inférieure, où les parois de la poche s'étaient déjà accolées sur un espace de 6 à 7 centimètres. On avait là sous les yeux la preuve qu'une grande partie de la poche était déjà guérie sous l'influence des injections. C'était la partie inférieure parce qu'elle gardait le mieux le liquide modificateur. A la partie supérieure de la poche, on trouva deux diverticules dont l'un se dirigeait en avant et en haut, jusqu'au dessus du ligament de Poupart, à 2 centimètres en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure. Le second se portait en arrière et en bas vers l'ischion. Ces diverticules étaient remplis de fongosités. Nulle part on ne trouva de communications de l'abcès avec la jointure. Comme on le vit plus tard, ces deux diverticules se dirigeaient

vers le bassin. Il s'agissait donc d'un abcès pelvien, en même temps que d'un abcès crural, et la coxalgie en question était probablement une coxalgie cotyloïdienne.

On curette la poche et les diverticules, on lave à plusieurs reprises au chlorure de zinc au 1/50, puis on suture la poche après avoir fait deux contre ouvertures, l'une en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, l'autre entre le grand trochanter et l'ischion. On introduit un drain dans l'ouverture postérieure. Après l'opération, la fièvre reprend (38 le matin, 39 le soir). La peau de la cuisse est extrêmement tendue, luisante, érysipélateuse. Tout le membre est gros, œdématié. On fait sauter les fils, et on panse la large plaie à plat. Elle occupe toute la hauteur de la cuisse et mesure à la partie moyenne 7 centimètres de largeur. La suppuration est abondante. La température reste élevée jusqu'à la fin du mois de février. L'enfant est très affaibli, pâle, a la voix cassée, mais toujours pas d'albumine. On trouve des craquements aux deux sommets. On lave tous les jours la plaie avec des liquides antiseptiques. Enfin on trouve la cause de la persistance de la suppuration. Il se produit une fistule en dedans de l'épine iliaque, et une injection d'éther poussée dans cette fistule sort par la contr'ouverture postérieure près de l'ischion. Le pus vient du bassin. A partir de ce moment on fait des injections de naphtol et d'éther dans l'une des fistules, en même temps qu'on bouche l'autre pour que le liquide modificateur ne sorte pas immédiatement. Ces injections

sont d'abord suivies d'une poussée de fièvre, mais la supuration diminue très rapidement et la fistule antérieure se ferme dans les premiers jours du mois de mars. On continue les injections d'éther dans la fistule postérieure qui se ferme à la fin du mois.

A partir de ce moment, il ne reste plus que la vaste ulcération qui n'est qu'une plaie ordinaire. Mais vu sa cicatrisation lente, on intervient le 15 mai, on libère la peau, et on rapproche ses bords par des points de suture. On fait en même temps des incisions libératrices de chaque côté de la ligne de suture, la peau étant extrêmement tendue, et l'enfant est mis dans un appareil plâtré. L'état général est excellent, l'enfant a engraisé considérablement, et est absolument méconnaissable. Le membre a une attitude correcte, et est aussi long que celui du côté opposé. Cette enfant marchera certainement sans boiter. Elle ne tousse plus depuis longtemps, et sa tuberculose pulmonaire est en bonne voie de guérison.

OBSERVATION IV

B., Berthe, 23 ans, (Hôpital de Rothschild.) — Coxalgie gauche.

Venue une première fois à Berck avec coxalgie gauche en mauvaise attitude. Redressement et appareil silicaté. Au bout de 4 mois, elle repart sans appareil. De retour chez elle, elle est reprise de douleurs et ne peut plus marcher sans béquilles.

Elle revient à l'hôpital au mois de novembre 1894, avec un abcès de la région externe de la hanche. La jambe est en bonne position. Différence de la longueur totale des deux membres : 2 centimètres. Une ponction de l'abcès faite le 22 novembre donne issue à un demi-litre de pus.

Injectons de 200 grammes de sublimé au 1/1000 et injections de 20 grammes de glycérine au sublimé à 1 0/0. A la suite, intoxication mercurielle (coliques, nausées, vomissements). On fait tous les jours des injections d'eau bouillie dans l'abcès pour faire sortir le sublimé qui pourrait y être resté. Il sort une grande quantité de liquide épais, couleur chocolat. A la suite de ces lavages répétés, il se fait une fistule par où s'écoule une assez grande quantité de liquide, couleur chocolat.

Le 5 janvier, la fistule est fermée, mais il reste encore du pus dans l'abcès. On fait de nouvelles ponctions et injections de naphtol dans l'abcès, à la suite desquelles la fistule s'ouvre, puis se referme, à différentes reprises; l'abcès est complètement guéri le 15 août.

La jeune fille marche avec des béquilles sans douleurs et sans appareil, mais elle est de nouveau obligée de s'aliter le 30 décembre : l'abcès s'est reformé. On recommence les ponctions et les injections d'éther iodoformé; une fistule s'établit de nouveau, et se referme à différentes reprises.

Au moment de notre départ, il ne s'écoule plus que quelques gouttes de liquide huileux, citrin, transparent,

par l'orifice de la fistule. La jambe est en très bonne attitude, et la jeune fille peut marcher sans canne, et sans souffrir.

Guérison complète depuis notre départ.

OBSERVATION V

Eugénie F..., 18 ans (Hôpital de Rothschild.) — Entrée le 16 avril 1896.

Tuberculose de l'os coxal ou de l'extrémité supérieure du fémur, avec fistules.

Pneumonie à 5 ans, angine diphtérique à 7. Fièvre typhoïde à 9.

En septembre 1891, la jambe gauche devient douloureuse, elle se met à boiter. En décembre apparaît un abcès qu'on ponctionne deux fois : on en retire chaque fois un demi-litre de pus. A la suite de la deuxième ponction, fistule. L'enfant est conduite à Beaujon où le docteur Auger fait un grattage en mars 1892. La suppuration continuant, la malade entre chez le docteur Peyrot à Lariboisière (février 1893), où on lui fait en huit mois cinq grattages. La suppuration continue; au point qu'on est forcé de faire deux pansements par jour. Elle arrive à Berck le 15 mai 1894; elle porte à ce moment deux fistules dans la région de la fosse iliaque, et une autre au niveau du pli fessier. L'articulation coxo-fémorale paraît libre. Les mouvements ne paraissent limités que par suite des douleurs qu'ils provoquent. La suppuration persistant toujours, on intervient le 9 août 1894. On abrase les trajets cicatriciels aux ciseaux et au bistouri. On

curette et on introduit des drains. A la suite de cette intervention, il survient de la fièvre (38-39) et une abondante suppuration. On fait des lavages antiseptiques et on enlève les drains. On continue les injections, et, le 5 novembre, les fistules sont cicatrisées. Mais il survient une petite fistulette du côté de la grande lèvre; elle ne se ferme que le 7 janvier 1895. Quand Eugénie F... s'en va, le 13 janvier, il s'écoule encore quelques gouttes de sérosité par l'une des fistules. Mais la guérison est complète en avril 1896. Elle marche sans canne en boitant légèrement jusqu'à janvier 1896 où elle est reprise de douleurs dans la jambe, et forcée de prendre le lit. Au mois de mars, il survient un abcès à la région fessière, et il se forme une petite fistulette. Quand elle arrive à Berck, la région fessière est gonflée, douloureuse, les anciennes cicatrices soulevées, et on constate la présence d'une fistule. On fait plusieurs injections de naphтол et d'éther qui amènent la guérison complète le 15-mai. Il persiste cependant trois petites ulcérations de la peau, dues à des eschares produites par l'éther. Les mouvements de l'articulation sont à peu près normaux, comme flexion. L'abduction et l'adduction sont pourtant limitées et un peu douloureuses.

Guérison complète depuis notre départ.

OBSERVATION VI.

Raymond M..., 6 ans, (Hôpital de Rothschild.)

Entré le 10 octobre 1893. — Coxalgie droite fistuleuse.

— Début de la coxalgie deux ans avant l'entrée. A été mis de suite dans une gouttière Bonnet, et soumis à l'extension continue pendant sept mois. A son arrivée à Berck présente l'état suivant : empâtement diffus autour de l'articulation coxo-fémorale droite, et deux abcès assez volumineux, l'un au niveau de la région fessière, l'autre au niveau de la région lombaire. Le membre ne présente pas d'attitude vicieuse. Les mouvements de l'articulation sont limités et douloureux.

11 octobre 1893. — Ouverture des abcès, suivie d'un grattage. Appareil plâtré.

8 novembre. — On enlève l'appareil plâtré. Guérison de l'abcès fessier, reproduction de l'abcès lombaire. Incision de ce dernier et injection de naphtol camphré. Puis drainage de l'abcès et pansement ordinaire. L'abcès lombaire persiste encore au mois de décembre et paraît communiquer avec l'abcès fessier qui s'est reformé également. On met un drain qui réunit les ouvertures des deux abcès. Et comme la suppuration continue, on supprime les drains, et on injecte alternativement du naphtol et de la glycérine iodoformée. Mais, l'enfant ayant de la fièvre, on examine la région de la hanche, et constate l'existence d'un abcès au niveau de la partie antéro-externe de la racine de la cuisse. Ce dernier communique avec l'abcès fessier. On incise cet abcès sous chloroforme le 11 janvier 1894, et on y met un drain ainsi que dans les deux fistules postérieures. La fièvre et la suppuration continuant, on fait la résection sous-trochantérienne le

19 janvier 1894. Pendant l'opération, le fémur se casse en trois endroits. Ensuite on fait des injections répétées de sublimé. Mais le 14 février on a encore à ouvrir et à drainer un nouvel abcès du côté interne de la cuisse. Le 31 mai, il reste encore deux fistules, une en dedans et une en dehors. Le résultat orthopédique laisse à désirer. L'articulation est extrêmement mobile. On met un appareil pour produire un peu d'ankylose. Le 19 janvier 1895 on fait, dans le même but, des injections interstitielles de teinture d'iode dans la région de la hanche. A la suite de ces injections, il se produit une fistule. Au mois de mai 1895, nous trouvons deux fistulettes que nous traitons par des cautérisations au nitrate d'argent, et qui guérissent au milieu du mois de juillet. L'état du malade à sa sortie de l'hôpital (mois de septembre) est le suivant : le fémur malade présente un raccourcissement de 5 centimètres, le grand trochanter est à 1 c. 1/2 au-dessus de la ligne de N. R. L'articulation est restée mobile : il peut cependant faire quelques mouvements de latéralité, et soulever le membre. L'enfant marche avec des béquilles.

OBSERVATION VII

Léon T..., 13 ans 1/2. (Hôpital Rothschild.) — Coxalgie fistuleuse:

Entre le 21 mai 1894. — Sa maladie date déjà de dix-huit mois. Quatre mois après le diagnostic d'une coxalgie, on lui met un appareil silicaté. Deux mois avant son

arrivée à Berck, il voit survenir un abcès, à la face postérieure de la cuisse, lequel s'ouvre spontanément. Abondante suppuration, fièvre, toux. A l'arrivée à Berck, il a donc une fistule, à 6-7 centimètres au-dessous du pli fessier. On fait des injections de naphtol et de glycérine iodoformée, mais pendant longtemps la température reste élevée (40-41°). Au bout de cinq mois, survient un autre abcès à la partie supérieure de la région fessière. On l'ouvre et il en sort une grande quantité de pus. Injections de naphtol et de glycérine. A partir de ce moment, la fièvre tombe, et la suppuration diminue. Les deux fistules se sont fermées à un mois de distance (20 avril 1895). L'enfant se lève et marche. En septembre, la fistule supérieure se rouvre et du pus en sort abondamment. Injections répétées de naphtol. Fermeture au bout d'un mois et demi. Mais quinze jours après, nouvelle fistule au même endroit. Nouvelles injections, et guérison définitive le 4 décembre 1895. Le malade peut marcher avec des béquilles.

État actuel. — Luxation pathologique, mais attitude correcte du membre. Le malade peut marcher sans appui, en se posant sur la pointe du pied. Ensellure 45°. Le fémur et le tibia ne présentent qu'un centimètre et demi de raccourcissement total. Mais le grand trochanter est à 5 cent. 1/2 au-dessus de la ligne de N. R.

OBSERVATION VIII

P., Alfred, 14 ans. (Hôpital de Rothschild.)

Entre le 12 janvier 1896. — Coxalgie fistuleuse droite et mal de Pott. — Pas de renseignements.

On voit deux fistules à la face externe de la cuisse, conséquence d'une intervention faite à Paris (grattage). Ces deux fistules sont situées sur la ligne d'incision, l'une à la partie supérieure, au niveau du grand trochanter, l'autre, à 7 centimètres au-dessus.

L'enfant marche très difficilement depuis l'apparition de l'abcès; les mouvements de l'articulation sont complètement abolis. Douleurs à la pression, au niveau de la tête fémorale; gros ganglions dans l'aîne, du côté malade. Par les deux fistules s'écoule du pus verdâtre en abondance, qui contient des streptocoques et des staphylocoques. L'enfant a de la fièvre. On fait alternativement des injections d'éther iodoformé et de naphtol. La fièvre est complètement tombée le 22 janvier, mais la suppuration continue. Le 14 mars, on sent une esquille osseuse dans une des fistules, mais on ne peut pas la retirer; la suppuration diminue, et disparaît presque complètement à la suite de la sortie spontanée de l'esquille le 24 mai; il ne s'écoule plus que quelques gouttelettes de pus à la fin du mois.

OBSERVATION IX

B., Édouard, 9 ans. (Hôpital de Rothschild.) — Coxalgie double fistuleuse.

Entré le 13 mars 1894.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère morte d'une tumeur de la cuisse. Deux frères bien portants.

Antécédents personnels. — Pas de renseignements.

Au moment de son arrivée à Berck une coxalgie double avec luxation des deux côtés. Plusieurs cicatrices d'anciennes fistules. Un abcès est sur le point de s'ouvrir sur le trajet d'une ancienne fistule. Ensellure très prononcée.

Enfant pâle, amaigri, tousse un peu.

La jambe gauche est plus courte, plus amaigrie que la droite, elle porte une fistule au tiers supéro-interne de la cuisse, et une autre au-dessous de la partie moyenne de la crête iliaque. Toute la région de la hanche est très tuméfiée. La palpation révèle la présence d'abcès profonds, et la pression fait sourdre du pus par les fistules. Le bord supérieur du grand trochanter dépasse la ligne N. R. de 6 centimètres.

La jambe est en légère adduction. La correction d'ensellure de ce côté est de 80°. La flexion est possible dans toute son étendue; l'abduction limitée. — La jambe

droite est plus longue et plus grosse; elle porte au-dessous du grand trochanter la cicatrice d'une ancienne fistule, et au tiers supéro-postéro-interne de la cuisse, une fistule qui donne du pus.

Le grand trochanter dépasse la ligne N. R. de 5 centimètres. Ensellure de ce côté : 60°.

La flexion est possible jusqu'à l'angle droit. L'adduction dépasse la ligne médiane d'environ 20°. L'abduction est très limitée. — Albumine dans les urines.

Pansements deux fois par semaine.

Le 1^{er} juillet, la fistule de la jambe droite est fermée. La fistule de la jambe gauche ne se fermant pas, on commence, le 20 octobre, les injections de naphthol camphré.

Le 28 octobre, à la suite d'une de ces injections, intoxication intense.

Le 22 janvier 1895, la fistule antérieure est fermée, la postérieure suppure toujours.

Le 8 avril la fistule antérieure est ouverte à nouveau, et les deux donnent du pus en assez grande quantité.

A partir du mois d'août 1895, nous commençons les injections de naphthol, puis d'éther iodoformé.

Malgré ce traitement, il se forme un nouvel abcès, qui s'ouvre à la partie postérieure de la cuisse.

Le 1^{er} février 1896, la fistule antérieure est fermée, mais elle se rouvre le 25.

Du 15 au 23 mai, toutes les fistules sont fermées; mais, le 23, l'antérieure se rouvre encore une fois.

Etat du malade, le 25 mai 1896 : la fistule antérieure

donne quelques gouttes de pus; les fistules postérieures sont fermées; l'état général est excellent, l'appétit bon, toujours un peu d'albumine.

OBSERVATION X

B., Arthur, 12 ans. (Maison de l'Oise.) — Coxalgie.

Arrivé à Berck le 9 juillet 1894.

Malade depuis 5 ans.

Coxalgie suppurée guérie en très mauvaise position.

Raccourcissement de 33 centimètres.

Etat général assez bon.

30 mars 1895. Redressement sous chloroforme et appareil plâtré.

Les suites de l'opération sont bonnes.

Quand, le 10 janvier 1896, on enlève l'appareil, on trouve un flot de pus sous le plâtre; il existe une fistule à la partie postéro-supérieure de la cuisse. Un stylet qu'on y introduit pénètre jusque dans l'articulation. Cette fistule se ferme le 1^{er} février, à la suite de plusieurs injections de naphtol et d'éther iodoformé; mais, 8 jours après, il s'ouvre une nouvelle fistule à la partie supérieure de la fesse, près de l'articulation sacro-iliaque, et la première fistule, déjà fermée, se rouvre.

Après quelques injections de naphtol et d'éther iodoformé, les deux sont guéries (20 février).

Au moment de notre départ, la jambe est complètement guérie et en bonne attitude.

Le fémur mesure 31 centimètres, alors que, du côté sain, il en a 33.

Le tibia n'est raccourci que de 1 centimètre, et le fémur est remonté sur le tassin de 2 centimètres.

Le raccourcissement ne mesure donc pas plus de 5 centimètres. L'enfant marche avec une béquille.

OBSERVATION XI

G., Charles, 9 ans 1/2. (Dispensaire Hôpital de Rothschild.) — Coxalgie droite fistuleuse.

La maladie a commencé à l'âge de 4 ans 1/2.

M. Cazin le fait mettre dans un appareil silicaté dans lequel il resta environ 1 an.

Des abcès survinrent et s'ouvrirent à l'extérieur.

Envoyé à Paris chez le professeur Lannelongue, il resta 6 mois soumis au repos et à l'extension continue. Puis il fut retiré de chez M. Lannelongue, et fut laissé, pendant 1 an 1/2, en liberté entière, malgré ses abcès. Il fut confié à M. Calot, en janvier 1893. L'enfant présentait une difformité très marquée; le raccourcissement présentait 9 centimètres, dont 4 c. 5 étaient dus à l'élévation de la tête au-dessus de la ligne de N. R.; le reste était dû à la flexion, adduction et rotation interne.

Il fut redressé sous chloroforme le 7 février 1893, 15 jours après la fermeture des fistules.

Le 9 décembre 1893, l'enfant est en merveilleux état au point de vue orthopédique; la marche est correcte, avec une chaussure plus haute d'un centimètre 1/2. La différence des deux membres ne dépasse pas 2 cent. 5.

L'enfant, qui part guéri pour Boulogne, revint, en janvier 1895, à l'hôpital Cazin, où il fit un séjour de deux mois.

Il existait une fistule, à la partie antérieure de la cuisse droite, donnant une très grande quantité de pus. Fièvre de 38°,5 à 40°, pas d'albumine. Jambe en mauvaise attitude : adduction, 30°, flexion de 45°. On fait le redressement sous chloroforme et on applique un appareil plâtré bivalve. On fait des injections de naphтол. La température baisse, mais la suppuration persiste.

L'enfant quitte l'hôpital, fin février; on continue le traitement chez lui, mais d'une façon défectueuse; aussi, la fièvre réapparaît fin mars, on incise l'abcès sous chloroforme et on draine.

Après une courte amélioration, la fièvre réapparaît, et, le 15 juin, on est forcé d'intervenir à nouveau. On fait l'arthrotomie et le curettage de la tête fémorale qu'on trouve réduite à un moignon informe. Le grand trochanter était très hypertrophié (longueur, 4 c. 5), mais la tête était dans sa cavité.

On curette l'abcès et les trajets fistuleux; on place plusieurs drains et on applique un appareil plâtré.

Malgré cette opération, la fièvre persiste; aussi est-on forcé d'intervenir à nouveau quinze jours après.

On fait une nouvelle arthrotomie, un nouveau grattage des surfaces osseuses malades, de même que des parois de la poche; on place huit drains et on met un appareil plâtré bivalve.

On fait tous les jours des lavages au permanganate de potasse à 1/1000 et des injections de naphtol.

La fièvre tombe petit à petit; on supprime progressivement les drains jusqu'au dernier qu'on retire un mois après l'opération.

L'état général s'améliore, et, au mois de septembre, toutes les fistules sont fermées et ne se sont plus rouvertes depuis.

Etat actuel : la région de la hanche présente de nombreuses cicatrices blanches, adhérentes à la profondeur. L'attitude du membre est presque normale. En corrigeant l'ensellure lombaire, on constate cependant une très légère flexion et une adduction de 15°.

Il n'y a que 2 centimètres de raccourcissement réel en mesurant du sommet du grand trochanter à la malléole externe. En mesurant de l'épine iliaque à la malléole, on trouve une différence de 5 centimètres. Les mouvements de l'articulation de la hanche sont à peu près nuls. L'enfant marche bien sans canne, il court toute la journée. Quand on le fait marcher sans chaussures, il s'appuie sur la pointe du pied malade; il a l'habitude de se servir d'une semelle surélevée.

OBSERVATION XII

Marie R... (Maison de l'Oise.) — Coxalgie gauche; résection; fistules.

Arrive à Berck le 21 octobre 1891. Coxalgie ayant débuté à l'âge de 6 ans; quelques mois après apparaissent trois abcès dans l'aine, qu'on ouvre et qui guérissent au bout de quelques mois. Six mois après, deux nouveaux abcès énormes à la face externe de la cuisse, qui sont ouverts et qui guérissent à nouveau après quelques mois de pansements. A partir de ce moment, l'enfant marche avec des béquilles jusqu'à l'âge de 8 ans. La jambe prend une mauvaise attitude, qui s'accuse de plus en plus. A l'âge de 13 ans, survient un abcès dans l'aine qui s'ouvre spontanément. Puis elle vient à la maison de l'Oise le 22 octobre 1891. A ce moment, on note une coxalgie en mauvaise attitude et une petite fistulette insignifiante dans l'aine et une autre à la face externe de la cuisse, qui ne fournissent qu'une quantité de pus tout à fait minime. L'enfant reste dans le même état jusqu'en février 1892. Le 4 février on fait le redressement; pour y arriver, on est forcé de faire une section musculaire sous-cutanée. On termine l'opération par l'application d'un grand appareil plâtré. A la suite de cette intervention, il se fit une hémorragie abondante, et une suppuration considérable ne tarda pas à survenir accompagnée de fièvre très élevée. On ouvre les abcès au bis-

touri, mais la fièvre persistant, on fait la résection le 15 janvier 1893. Malgré cette résection, la suppuration et la fièvre continuent pendant un an, et ne s'amendèrent que lorsqu'on se mit à faire des injections de naphthol dans les trajets fistuleux. Au mois d'avril 1894, il ne persista plus qu'un très léger suintement sur la partie interne du pli inguinal.

11 août 1894. Les fistules sont à peu près cicatrisées. Etat général excellent.

18 septembre. On fait le curettage des trajets fistuleux suivi de cautérisation au chlorure de zinc.

Le 25 novembre, on voit de nouveau survenir de la suppuration plus abondante, accompagnée de fièvre.

Le 12 décembre, on fait une nouvelle intervention : arthrotomie et grattage des surfaces articulaires, des parois de l'abcès et des trajets fistuleux.

On trouve une perforation de l'acétabulum, qu'on curette énergiquement, ainsi que les fongosités intra-pelviennes; drainage.

A la suite de cette intervention, la fièvre tombe et la suppuration diminue, mais trois fistules n'en persistent pas moins jusqu'au mois d'avril 1896. Nous arrivons à en fermer une en extrayant du trajet une petite esquille osseuse très pointue, et une autre, à parois dures, fibreuses, en la cautérisant à différentes reprises avec des mèches imbibées d'essence de térébenthine, de naphthol, de teinture d'iode. La troisième fistule, dont la persistance est également due à des parois dures, fibreuses,

s'est fermée momentanément par le même procédé, mais elle s'est rouverte et donnait encore quelques gouttelettes de pus au moment de notre départ.

Etat local : de l'épine iliaque-malléole : 87 centimètres du côté sain, 76 du côté malade.

Fémur, sain : 44; malade : 39.

Longueur du tibia : du côté sain : 39; du côté malade : 36.

Epine iliaque-interstice du genou : du côté sain : 48; du côté malade : 42.

Pied sain : 25; malade : 19.

Grand trochanter au-dessus de la ligne de N. R. : 3.

Ensellure lombaire : 50°.

Mouvements de la hanche assez étendus (30°).

Jambe en bonne position.

Pied-bot varus équin, d'origine paralytique.

La circulation du membre et surtout de la jambe et du pied se fait très mal. Le pied et la jambe sont toujours cyanosés et glacés. Elle marche habituellement avec deux béquilles et difficilement avec une.

OBSERVATION XIII

Claire L..., 8 ans. (Maison Notre-Dame.) — Coxalgie gauche fistuleuse.

Arrivée à Berck le 6 août 1895. Cuisse fortement fléchie sur le bassin. Température élevée (39,4) qui doit être probablement mise sur le compte d'une otite suppurée.

On fait le redressement sous chloroforme le 10 août, et applique un appareil plâtré. A partir de ce moment, la température revient à la normale. Vers la fin du mois, on remarque un abcès volumineux dans le triangle de Scarpa. On ponctionne et fait des injections de naphthol camphré. A la suite de l'inflammation produite par ces injections, la poche crève en plusieurs endroits, mais les fistules se ferment et l'abcès disparaît au commencement du mois de décembre, à la suite d'injections répétées de naphthol camphré. En ce moment, l'enfant marche sans la moindre boiterie, la jambe malade étant aussi longue que l'autre et ayant gardé tous ses mouvements.

Les observations suivantes sont dues à l'extrême obligeance de notre ami Ducherf, interne à l'hôpital Cazin-Perrochaud.

OBSERVATION XIV

Georgette N..., 7 ans. (Hôpital Cazin-Perrochaud.) — Coxalgie gauche fistuleuse.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'accident. Mère bien portante. Deux frères sont morts, l'un de méningite, l'autre d'entérite.

Antécédents personnels. — Marche très bien jusqu'à 4 ans. En avril 1892, sans cause appréciable, elle se met à accuser des douleurs dans la jambe gauche et à boiter. La jambe se fléchit et, au mois de novembre, on dia-

agnostique une coxalgie. L'enfant est mis dans le lit d'osier de Saint-Germain.

Apparition d'un abcès en juillet 1893. Ce dernier s'ouvrit spontanément et guérit après quelques mois de pansements.

Mais, environ 5 à 6 mois avant son entrée à l'hôpital Cazin (10 octobre 1895), les fistules se sont rouvertes.

Membre inférieur gauche en flexion de 45°, avec un peu de rotation externe. Ensellure lombaire compensatrice notable. Raccourcissement fonctionnel : 6 centimètres. Grand trochanter à 2 c. 1/2 de la ligne N. R. Fistules : 2 à la face externe de la cuisse gauche, 1 à la face antéro-externe, à 3 centimètres au-dessus de l'épine iliaque, 1 dans le pli inguino-crural. Toutes suppurent abondamment, et vont jusqu'à l'os.

Mouvements de la hanche presque nuls.

Traitement. — Repos au lit, injections de naphthol camphré dans les fistules deux fois par semaine.

Guérison complète en l'espace de 5 semaines.

Depuis, l'enfant est en observation, et il sera redressé prochainement.

OBSERVATION XV

R., Etienne, 5 ans. (Hôpital Cazin-Perrochaud.) — Coxalgie droite.

Antécédents héréditaires. — Père mort de tuberculose pulmonaire. Mère bien portante, frères et sœurs également.

L.

Antécédents personnels. — N'a eu que la scarlatine.

En octobre 1892 apparaissent des douleurs à la jambe droite, et l'enfant se met à boiter.

Il est mis dans le lit de Lannelongue et soumis à l'extension.

En mai 1893, on applique un appareil silicaté, et on permet la marche avec des béquilles.

En novembre, on découvre la présence d'une collection ayant le volume d'une orange. Ponction, puis incision évacuatrice. Guérison de l'abcès en juin 1894.

Arrivé à Berck, à l'hôpital Cazin, en octobre 1894.

Le membre inférieur droit en légère flexion et rotation externe. Ensellure prononcée. Raccourcissement apparent, 3 centimètres. Pas de douleurs, ni spontanées, ni à la pression.

A la face antéro-externe de la cuisse, il existe une fistule étroite conduisant dans une collection purulente considérable, dont l'évacuation reste imparfaite.

Mouvements assez faciles. Grand trochanter à 2 centimètres de la ligne N. R. Température, 38°.

Traitement. — Immobilisation dans un appareil plâtré bivalve, et injection de naphtol camphré par l'orifice fistuleux.

Guérison au bout d'un mois.

Fin novembre, redressement sous chloroforme et appareil plâtré. Suites sans incident.

En novembre 1895, on permet à l'enfant de se lever et de marcher avec un petit plâtre.

Mars 1896 : suppression de tout l'appareil. L'enfant marche sans aucune boiterie.

OBSERVATION XVI

D., Roger, 6 ans. (Hôpital Cazin-Perrochaud.) — Coxalgie gauche.

Antécédents héréditaires. — Mère morte phtisique. Père bien portant.

Antécédents personnels. — Pas de renseignement sur le début de la maladie.

Arrive à Cazin le 30 mai 1895.

Membre inférieur gauche très dévié. — Flexion de 80°, abduction légère, rotation externe telle que le pied repose par son bord externe sur le plan du lit. Ensellure lombaire compensatrice énorme.

A la face antérieure de la cuisse, une fistule conduisant dans une poche volumineuse, dont le pus s'évacue mal. Douleurs vives. Raccourcissement fonctionnel : 10 centimètres. Grand trochanter à 4 centimètres au-dessus de la ligne de N. R.

Traitement. — Repos au lit. Injections bihebdomadaires de naphtol camphré et d'éther iodoformé. Pas de fièvre ni d'albumine.

Guérison au mois de juillet.

Trois semaines après, réouverture; on recommence les injections.

Etat actuel : plus d'écoulement, la fistule est presque entièrement cicatrisée.

OBSERVATION XVII

Yvonne P., 4 ans. (Hôpital Cazin-Perrochaud.) —
Coxalgie gauche fistuleuse.

Aucun renseignement.

Entre en novembre 1895.

Membre inférieur gauche en attitude vicieuse; flexion de 25°; adduction, 40°; rotation externe, 15°.

Grand trochanter, à 4 cent. 5 au-dessus de la ligne de N. R.

On sent la tête, petite, déformée, rouler sous le doigt, dans la fosse iliaque.

Trois fistules, dont une nettement osseuse, à la face externe de la hanche et face postérieure de la cuisse au-dessus du pli fessier.

Six centimètres de raccourcissement fonctionnel. Mobilité grande, en raison de la luxation. Repos simple au lit.

Injections hebdomadaires de naphthol.

Guérison en janvier 1896.

En mai 1896, redressement sous chloroforme. Appareil plâtré. Suites excellentes.

OBSERVATION XVIII

M., André, 6 ans. (Hôpital Cazin-Perrochaud.) —
Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

A 4 ans, en 1893, après une chute, douleurs dans la hanche droite, surtout la nuit; puis la jambe se dévie. On fait le diagnostic de coxalgie à Trousseau, où il est soumis pendant six mois à l'extension continue, puis on lui fait des injections de chlorure de zinc, qui amènent la production d'un abcès, pour lequel on pratique la résection de la hanche.

Au bout de 8 mois, il restait des fistules, pour lesquelles on lui fit un grattage. Puis l'enfant se remit à marcher avec ses fistules.

Il arrive à l'hôpital Cazin-Perrochaud en février 1895. Le membre inférieur droit est en adduction très marquée (35°).

Flexion, 30° à 40° , et légère rotation externe. Enclure lombaire compensatrice.

Pas de douleurs, ni spontanées, ni à la pression. Incurvation scoliotique lombaire à convexité droite.

On sent très bien le grand trochanter rouler sous le doigt dans la fosse iliaque, à 4 centimètres de la ligne de N. R.

Raccourcissement fonctionnel, 9 centimètres.

Dans la région trochantérienne, une cicatrice opératoire; au centre de laquelle on trouve une fistule, par où s'écoule du pus en abondance.

Il y a des cicatrices d'abcès dans le pli inguino-crural, près du pli fessier, et à la face externe de la cuisse.

Mobilité assez grande : 20 à 25° .

Marche très disgracieuse. Claudication prononcée.

Injections de naphthol bi-hebdomadaires d'abord, puis hebdomadaires.

Guérison de la fistule en juin, après quatre mois de traitement.

Réouverture de la fistule en septembre, pour se refermer définitivement en novembre. L'enfant marche. La résection pratiquée ailleurs la fait boiter horriblement.

OBSERVATION XIX

B., Maurice, 6 ans. (Hôpital Cazin-Perrochaud.) — Coxalgie droite.

Aucun renseignement.

Entre à l'hôpital en août 1895.

Membre inférieur droit en flexion de 30°

Abduction 35°, et rotation externe 45°.

Douleurs spontanées très vives.

Exploration de la hanche très pénible.

La hanche est empâtée. Le grand trochanter à 1 centimètre au-dessus de la ligne de N. R.

A été traité ailleurs chirurgicalement pour deux abcès dont on a pratiqué l'extirpation complète. Il en reste les cicatrices, longues de 8 à 10 centimètres à la face postéro-externe de la cuisse, avec une fistule au centre de chacune.

Traitement : redressement sous chloroforme, appareil plâtré avec volets, pour le pansement des fistules.

Injectons alternatives de naphtol camphré et d'éther iodoformé.

La guérison obtenue une première fois en apparence en décembre, est devenue définitive en mars 1896.

L'enfant reste immobilisé.

OBSERVATION XX

Jeanne L..., 3 ans. (Hôpital Cazin-Perrochaud.) — Coxalgie fistuleuse gauche.

Aucun renseignement.

Elle entre à Cazin en juin 1894.

Membre inférieur gauche présente une attitude vicieuse très prononcée : flexion 40°. Rotation externe 20°. Adduction 15 à 20°.

Raccourcissement fonctionnel : 6 centimètres. Grand trochanter à 2 centimètres, 5 de la ligne de N. R.

Deux fistules : l'une à la face externe de la cuisse (au tiers supérieur), l'autre dans le pli inguino-crural.

Traitement : appareil plâtré dans lequel on pratique deux volets correspondants aux fistules. Injections hebdomadaires de naphtol camphré. Guérison complète dans l'espace de trois mois et demi.

L'enfant, dont les fistules étaient taries, resta encore deux mois en observation et allait être redressé, quand les parents se contentant du résultat acquis, l'ont reprise.

OBSERVATION XXI

D., Jean, 13 ans. (Hôpital Cazin-Perrochaud.) — Sacro-coxalgie.

Antécédents héréditaires. — Père mort de tuberculose pulmonaire. Mère morte d'une coxalgie suppurée.

A perdu une sœur de méningite.

Antécédents personnels. — A six ans, à la suite d'un choc sur la région sacro-iliaque gauche, survinrent deux abcès; l'un au niveau de la région sacro-iliaque, l'autre dans l'aîne.

Ouverture des abcès et drainage.

Repos au lit durant deux ans.

Depuis l'âge de huit ans, marche sans difficulté. Puis il se produit de nouvelles fistules. Il entre à l'hôpital Cazin fin décembre 1894. Enfant chétif, anémique. Pas de déformation de la hanche, cicatrices irrégulières, déprimées à la face externe et à la face postérieure de la cuisse gauche et dans l'aîne droite. Trois fistules : l'une au-dessus de l'arcade crurale gauche, près de l'épine iliaque S.; l'autre à 5 centimètres au-dessus et en arrière du grand trochanter; la troisième, près de l'articulation sacro-iliaque gauche. Marche très facile.

Traitement : cautérisation hebdomadaire profonde des trajets au nitrate d'argent.

Guérison en juillet 1895.

La guérison se maintient et l'enfant part en avril 1896.

OBSERVATION XXII

G., Henri, 12 ans. (Hôpital Cazin-Perrochaud.) — Coxalgie gauche.

Début à l'âge de 6 ans, par de la boiterie légère, suivie de douleurs : vésicatoires et repos au lit.

Il survient un abcès près du grand trochanter. Puis il s'en produit d'autres qui s'ouvrent et se ferment alternativement à plusieurs reprises. Arrive à Berck en avril 1893, dans un état déplorable. Porteur de trois fistules conduisant dans trois poches purulentes, volumineuses, sécrétant abondamment.

On lave au sublimé et on fait des injections d'éther iodoformé.

La cicatrisation se fait dans l'espace de cinq mois.

Il se produit une nouvelle poussée d'abcès en 1894.

En novembre 1894, l'état du membre est le suivant : flexion : 80°, adduction énorme : 45°, ensellure lombaire compensatrice très marquée.

On sent la tête fémorale dans la fosse iliaque externe, sous forme d'un moignon peu volumineux et difficilement mobile. Le grand trochanter est à 4 centimètres de la ligne de N. R.

Raccourcissement fonctionnel : 27 centimètres ; deux fistules : l'une antérieure, près de l'épine iliaque et l'autre, derrière le grand trochanter.

L.

La région est couturée de cicatrices.

Marche excessivement disgracieuse.

Traitement : repos au lit. Injections de naphthol. Guérison en 3 mois.

On allait redresser le membre quand survint une nouvelle poussée d'abcès, en février 1895, autour du grand trochanter et réouverture des fistules. Injections de naphthol, d'abord trois fois, puis deux fois par semaine.

Au mois d'août, il ne persiste plus qu'une petite fistulette près du grand trochanter, qu'on cautérise au nitrate d'argent, et qui est fermée complètement au mois de décembre.

En janvier 1896, on redresse le membre sous chloroforme, et on applique un appareil plâtré.

Suite sans incident.

L'enfant est encore sous plâtre.

OBSERVATION XXIII

M., Anna, 12 ans. (Hôpital Cazin-Perrochaud.) — Coxalgie gauche.

Antécédents héréditaires : Parents bien portants, rien dans la famille.

Antécédents personnels : Jusqu'à l'âge de 5 ans, marche normale. Puis, à la suite d'une chute sur la hanche gauche, on voit apparaître une douleur vive, avec irradiation dans le genou.

On ordonne le repos au lit. Puis l'enfant fait un séjour à l'hôpital Trousseau où il est soumis à l'extension continue pendant 2 ans; puis on lui permet la marche, avec un appareil silicaté.

A l'âge de 8 ans, on voit apparaître un abcès à la face externe de la cuisse gauche : ouverture et guérison spontanées.

Puis, apparition d'un nouvel abcès, dans le pli inguinal, près de l'épine iliaque antéro-supérieure. Depuis lors, production de fistules pour lesquelles il fait en 1893 un séjour de 9 mois à l'hôpital maritime de Berck, où on lui fait des pansements et où on lui permet la marche avec des béquilles.

Il entre à l'hôpital Cazin en juillet 1894.

On trouve le membre inférieur gauche en forte flexion : 70 à 80° avec adduction excessive : 45° et un peu de rotation interne.

Ensellure lombaire compensatrice très prononcée. Raccourcissement fonctionnel : 23 centimètres. Exploration de la hanche très douloureuse. Le grand trochanter à 5 c., 5 de la ligne de N. R. On sent la tête dans la fosse iliaque externe. Toute la région de la hanche est déformée, saillante, douloureuse.

2 fistules : l'une à la partie moyenne de la face externe de la cuisse; l'autre près de l'épine iliaque A. S.

Écoulement considérable de pus.

Traitement : Repos au lit. Injections de naphthol camphré hebdomadaires.

Cicatrisation des fistules au bout de 3 mois 1/2 de traitement (en octobre).

L'enfant marche avec des béquilles jusqu'en février 1895, époque à laquelle on fait le redressement sous chloroforme, et on met un appareil plâtré.

Les suites de l'opération sont très bonnes, quoiqu'il ait fallu employer une très grande force pour le redressement.

Quand, au mois de mai, on renouvelle l'appareil plâtré, on trouve une petite fistulette près de l'épine iliaque antéro-supérieure et on pratique un volet à ce niveau, dans l'appareil, pour pouvoir faire les pansements.

Guérison en trois semaines.

L'enfant est actuellement dans un état très satisfaisant, et on va lui permettre incessamment de marcher avec des béquilles.

OBSERVATION XXIV

J. Marcel, 5 ans (Hôpital Cazin-Perrochaud). — Coxalgie droite.

Antécédents héréditaires : Rien dans la famille.

En octobre 1893, il fit une chute. Boiterie, douleurs.

En janvier 1894, le docteur Saint-Germain diagnostique une coxalgie et on met l'enfant dans une gouttière Bonnet, jusqu'en octobre.

Vers le mois de décembre on voit apparaître un abcès qui s'ouvrit spontanément en septembre 1895; drainage de cet abcès.

L'enfant arrive à Cazin fin octobre 1895.

Membre inférieur droit dévié. Flexion : 30°. Adduction légère, un peu de rotation externe. Raccourcissement fonctionnel : 6 centimètres. Grand trochanter à 10 centimètres de la ligne de N. R., deux fistules qui suppurent abondamment, à la face antéro-externe de la cuisse.

Pas de mouvements de la hanche.

Traitement : Repos au lit. Injections de naphthol camphré bi-hebdomadaires.

Au bout de quinze pansements, la nature du pus étant complètement modifiée, on fait de la compression ouatée et 15 jours après les fistules paraissent guéries.

Mais, au bout d'un mois, il survient de la fièvre : 39° le soir. La peau est tendue, et il se forme un nouvel abcès qui rouvre les fistules.

On fait tous les jours une injection d'éther iodoformé et les fistules sont fermées au bout de 15 jours. On complète la guérison par un pansement compressif.

Le 20 mars 1896, la guérison s'étant maintenue, on pratique le redressement sous chloroforme, et on applique l'appareil plâtré.

Suite sans incident. Etat actuel parfait.

L'enfant est toujours sous plâtre.

OBSERVATION XXV

C., Emilie, 11 ans 1/2. (Hôpital Cazin-Perrochaud.) — Coxalgie gauche.

Antécédents héréditaires. — Parents en bonne santé.

Il y a trois ans, en septembre 1892, elle fit une chute violente sur la jambe gauche,

A la suite, douleurs, puis boiterie.

Au mois de décembre, elle fut forcée de garder le repos au lit.

En février 1894, on fait de l'extension continue.

En août 1894, il apparaît un abcès, qu'on ponctionne ; en novembre, on fait un grattage. A la suite, il persiste de nombreuses fistules, et le membre soumis à l'extension continue ne tarde pas à se dévier considérablement.

Elle entre à l'hôpital Cazin en septembre 1895.

Le membre inférieur gauche a une attitude extrêmement vicieuse. Flexion, 50° ; adduction, 45° ; rotation extrême, près de 90° , de telle sorte que la face interne du membre est devenue antérieure.

Raccourcissement fonctionnel, 10 centimètres.

Six fistules donnant du pus en abondance (pus bleu) ; deux se trouvent au tiers supérieur de la face A. I. ; une à la face postérieure de la cuisse, une au niveau du grand trochanter, et deux au milieu de la cicatrice opératoire, occupant la face externe de la cuisse.

La température oscille entre 38° et $38^{\circ},5$.

Un peu d'albumine ; douleurs vives de la hanche ; état général mauvais.

Traitement. — Lavages copieux au sublimé chaud, puis au permanganate de potasse ; injections de naphtol

camphré, d'éther iodoformé et même de teinture d'iode.

Sous l'influence de ce traitement, l'état général s'améliore rapidement, la fièvre tombe, l'albumine disparaît, et l'enfant prend de l'embonpoint.

Etat actuel (mars 1896) : les fistules se sont successivement fermées; il ne persiste qu'une toute petite insignifiante, à la veille de se cicatriser.

OBSERVATION XXVI

D., Emile, 9 ans. (Hôpital Cazin-Perrochaud.) — Coxalgie gauche fistuleuse.

Antécédents héréditaires. — Père albuminurique, mère bien portante.

Antécédents personnels. — A l'âge de 3 ans, chute amenant des douleurs et de l'impotence du membre.

Au bout de 2 ans, on l'immobilise dans une gouttière de Bonnet. 18 mois après, on voit apparaître un abcès inguino-crural : incision. Apparition d'un nouvel abcès en avant de l'articulation.

A son arrivée à Berck, en mars 1893, il porte plusieurs fistules : injections de naphtol.

Trois mois après, ces fistules étant taries, on redresse le membre et on met un appareil plâtré, puis on permet la marche.

Rechute, sous l'influence de la fatigue; il se forme 3 fistules, donnant du pus en abondance.

Repos au lit; lavage des fistules au sublimé; injections de naphtol.

A la suite de ce traitement, on constate la cicatrisation de deux fistules en novembre 1894.

La fistule supérieure (2 centimètres sous l'épine iliaque A. S.) donne encore du pus.

On continue les injections au naphtol camphré une fois par semaine.

La guérison ne s'obtient qu'en février 1896.

Actuellement, l'enfant marche très bien sans boiter. Mouvements d'environ 40° dans la hanche.

OBSERVATION XXVII

D., Albert, 10 ans et demi. (Hôpital Cazin-Perrochaud.) — Coxalgie gauche fistuleuse.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère atteinte d'un cancer du rectum. Une sœur morte à 14 ans de méningite.

Antécédents personnels. — Rougeole en bas âge. Marche bien jusqu'à 3 ans. A cet âge, il se met à traîner la jambe. Puis apparurent des douleurs.

A 5 ans : grattage, immobilisation des plus relatives par Spica de l'aîne.

A 7 ans apparaît un nouvel abcès, puis plusieurs abcès se succèdent et amènent la production de fistules.

Il entre à l'hôpital Cazin fin janvier 1895.

Ce qui frappe en l'examinant, c'est une énorme ensel-

lure lombaire, permettant aisément l'introduction du poing placé de champ entre le dos et le plan du lit.

L'ensellure corrigée, le membre inférieur gauche est en flexion de 80 à 85°.

Adduction 45° et légère rotation externe.

Raccourcissement fonctionnel : 18 centimètres.

Deux fistules, avec écoulement très abondant de pus séreux mal lié, l'une à 4 ou 5 centimètres au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure, l'autre sous le pli fessier.

Le grand trochanter est à 3 cent. 5 de la ligne de N. R.

Mouvements extrêmement limités et douloureux.

Marche très pénible avec béquilles.

Traitement : Repos au lit. Injections de naphtol camphré, d'abord deux fois, puis une fois la semaine.

Guérison en l'espace d'un mois et demi.

En octobre, redressement sous chloroforme. Il ne reste plus que 1 centimètre de raccourcissement.

Appareil plâtré.

Les suites sans aucun incident, et l'enfant est encore sous plâtre en ce moment.

Vu, le Président de la Thèse :

DEBOVE.

Vu, le Doyen :

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,

Le vice-recteur de l'Académie de Paris :

GRÉARD.

L

24

